



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



ANEXO XIII: MANUAL DO CREDENCIADO MÉDICO HOSPITALAR

1. APRESENTAÇÃO

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

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

O sistema de saúde – Saúde Recife reger-se-á pelas normas, rotinas e tabelas constantes dos anexos deste manual para a solicitação, autorização e pagamento de serviços médico-hospitalares e odontológicos, prestados pelos serviços contratados, considerando-se como nula e sem efeito, qualquer tipo de solicitação que não esteja prevista no presente manual.

Este manual do credenciado é parte integrante do termo de credenciamento vigente em complemento às cláusulas do termo de credenciamento firmado entre as partes e tem por objetivo normatizar as relações entre o Saúde Recife e a sua rede credenciada, cuja finalidade é estabelecer regras, normas, procedimentos operacionais e orientações ao credenciado, quanto à autorização, análise, auditoria de procedimentos, atendimento e cobrança dos serviços prestados, não podendo, sob hipótese alguma, ser invocado para negativa de atendimento médico-hospitalar ou odontológica.

Toda e qualquer alteração no presente manual, de acordo com cláusula contratual expressa constante do termo de credenciamento firmada entre o Saúde Recife e o contratado, ensejará a cada contratado o direito de não aceitar, tendo para tanto o prazo de trinta dias corridos, a partir da data de publicação, para manifestar-se. A não manifestação expressa e por escrito no prazo estabelecido, pressupõe a plena aceitação das alterações implantadas.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto à Unidade de Rede Credenciada e Atenção À Saúde do Saúde Recife através dos telefones: 33551633 ou 33551648 e ou pelo e-mail: gerenciaderelacionamentosr@recife.pe.gov.br

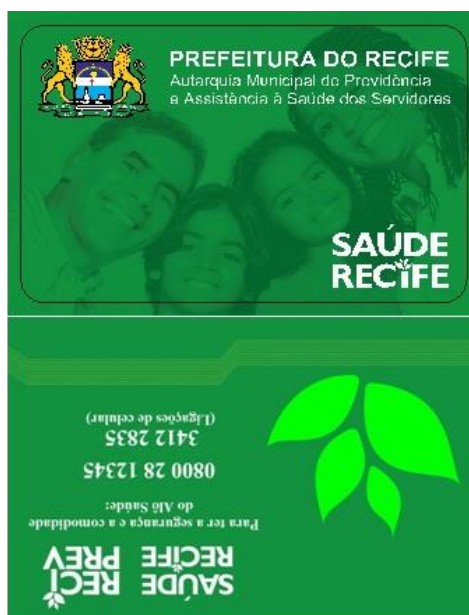
Contamos com a parceria e integração do credenciado para garantir o melhor fluxo nas autorizações e negociação contratuais visando eficiência e satisfação das partes envolvidas na prestação dos serviços em saúde.

2. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

A rede credenciada de saúde deverá solicitar à identificação do beneficiário de forma a verificar a sua elegibilidade para qualquer atendimento em saúde necessário. É obrigatória a

apresentação pelo beneficiário titular de documento de identidade com foto (paciente) e o cartão do beneficiário ou seu número, no caso de dependente além destes o número do Cadastro de Pessoa Física, CPF do titular. Desta forma, o beneficiário só poderá ser atendido depois de realizada a verificação de sua regularidade cadastral no sistema pelo credenciado.

Modelo de carteirinha atual:



É disponibilizada também a apuração da elegibilidade através de Biometria (identificação do cliente através da leitura digital).

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

3. CANAIS DE ATENDIMENTO

Central de Atendimento Saúde Recife
0800 300 2345: Fixo e celular
0800 28 12345: Fixo
3771-0152: Fixo e celular

Os processos de solicitação de autorização de planos de tratamento passam a obedecer às regras neste **Manual**, dispostas.

4. CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÕES CADASTRAS

A prestação de serviços será formalizada por meio de termo de credenciamento, a ser

firmado entre o SAÚDE RECIFE e o prestador de serviços médicos ou odontológicos, profissional (pessoa física) ou clínica (pessoa jurídica), do qual este anexo é parte integrante.

A contratação dos serviços de saúde ocorrerá por credenciamento dos interessados cuja documentação e informações e atualizações subsequentes estarão disponíveis no site <http://www.recife.pe.gov.br/portalconpras/app/ConsAvisosPesquisar.php> clicar em: "CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICO ODONTOLÓGICA AOS SERVIDORES ATIVOS INATIVOS PENSIONISTAS E SEUS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS DO SAÚDE RECIFE".

A documentação para credenciamento dos interessados deverá ser digitalizada e enviada para o e-mail gerenciaderelacionamentosr@recife.pe.gov.br. Para mais informações, contactar a Rede Credenciada nos números 33551633 ou 33551648 de segunda a sexta-feira, de 8 às 16 horas.

O profissional/empresa somente poderá atender as especialidades previstas no objeto do termo de credenciamento firmado.

É indispensável que o prestador comunique imediatamente ao SAÚDE RECIFE qualquer alteração em seus dados como: razão social, endereço, telefone e corpo clínico, sob pena de ter seu cadastro suspenso por inconsistências cadastrais.

O SAÚDE RECIFE instituiu por meio de Resolução Normativa, um padrão para as trocas de informações entre operadoras de planos privados e prestadores de serviços de saúde. Este padrão, denominado TISS – "Troca de Informações em Saúde Suplementar", envolve padronização de forma e estrutura em formulários assistenciais e em conectividade, estando o SAÚDE RECIFE plenamente adequado a esta regulamentação.

As guias apresentam a logomarca própria do SAÚDE RECIFE o que permite o download de modelo e impressão direta pelo credenciado a partir do portal do SAÚDE RECIFE (área restrita ou espaço do prestador) de quantas guias forem necessárias para o envio das cobranças de atendimentos.

5. PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS:

Estão **excluídos** da Cobertura Assistencial do SAÚDE RECIFE conforme regulamento próprio:

- a) Procedimentos não éticos, experimentais, não reconhecidos pela prática médica, ou que não sejam respaldados pela Medicina Baseada em Evidências ("MBE");
- b) Procedimentos com finalidade estética, ou seja, que não visam restaurar função parcial ou total do órgão, ou parte lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, excetuando-se as cirurgias plásticas para reparação de limitações funcionais;
- c) Tratamento em clínicas de emagrecimento estético, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- d) Reversão de método contraceptivo cirúrgico (laqueadura, vasectomia, etc.)



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



- e) Inseminação artificial, e procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de apoio a esta técnica;
- f) Atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e quaisquer produtos e procedimentos em especialidades não reconhecidas pelo CFM, tais como: ortomolecular, fitoterapia, terapia floral, iridologia, etc.;
- g) Tratamento de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas, quando declarados por autoridade competente;
- h) Remoções aéreas;
- i) Procedimentos e tratamentos realizados no exterior;
- j) Necropsia, preparação de corpo, taxa de morgue, velório e afins;

A cobertura permitiva para a assistência à saúde do sistema Saúde Recife será a prevista conforme a Lei Nº. 17.082/2005, alterada posteriormente pelas Leis 17.326/2007 e 17.527/2009 e regulamentada pelos Decretos nº. 20.895 de 19 de janeiro de 2005 e nº. 23.619 de 08 de maio de 2008, tendo sua totalidade publicada e disponível como anexos deste credenciamento em: <http://www.recife.pe.gov.br/portalcompras/app/ConsAvisosPesquisar.php> clicar em: “CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICOODONTOLÓGICA AOS SERVIDORES ATIVOS INATIVOS PENSIONISTAS E SEUS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS DO SAÚDE RECIFE” e “DOCUMENTOS RELACIONADOS”.

6. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (OBTENÇÃO DE SENHA)

O Rol de Procedimentos Médicos do SAÚDE RECIFE encerra todos os procedimentos médico-hospitalares diagnósticos ou terapêuticos cobertos uma vez que são definidos em Lei e Decretos reguladores e deliberação do Conselho Deliberativo de Saúde e se encontram disponíveis em: <http://www.recife.pe.gov.br/portalcompras/app/ConsAvisosPesquisar.php> clicar em: “CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICOODONTOLÓGICA AOS SERVIDORES ATIVOS INATIVOS PENSIONISTAS E SEUS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS DO SAÚDE RECIFE” e “DOCUMENTOS RELACIONADOS”.

Conforme ROL específico todos os procedimentos são sujeitos à autorização prévia exceto os atendimentos de urgência e emergência. Este processo é determinante à aceitação posterior da cobrança e conseqüente pagamento pelos serviços.

O processo de solicitação prévia da senha deve ser feito, mediante o acesso à ferramenta autorizadora ou, excepcionalmente, junto a Central de Atendimento. O credenciado deverá registrar a senha numérica obtida na requisição a ser entregue ao paciente, junto à descrição e codificação do procedimento pré-autorizado.

O beneficiário só poderá ser atendido depois de realizada a verificação de sua regularidade cadastral no sistema Saúde Recife pelo credenciado;

Para obtenção da Autorização, o Prestador deverá acessar o Autorizador (<https://sauderecife.bennercloud.com.br/autorizador>), preencher todas as informações

solicitadas e anexar os documentos exigidos. Após autorizada, a guia deverá ser impressa e assinada pelo Beneficiário.

As guias de atendimento deverão ser geradas pelo credenciado no momento do atendimento e assinadas pelo beneficiário que será atendido;

Nos casos de crianças ou incapazes, além da assinatura da guia, pelo acompanhante responsável, deverá conter a informação de próprio punho do grau de parentesco do acompanhante, número de documento de identidade e CPF;

Nunca, em hipótese alguma, a guia deverá ser assinada pelo credenciado, caso seja confirmada este procedimento as guias entregues com esta inconformidade serão motivos de glosa permanente sem direito a recurso;

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

Eventualmente a solicitação de um procedimento ou serviço pode exigir análise médica mais detalhada, conhecida como Regulação Médica. Os prazos de autorização das solicitações serão de acordo com o tipo e complexidade da solicitação. Passado o período de carência e de acordo com a cobertura da Saúde Recife os prazos para autorização estão abaixo discriminados,

6.1 PRAZOS PARA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

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

Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez) úteis
Procedimentos de alta complexidade – PAC	10 (dez) úteis
Procedimentos de alta complexidade – PAC (oncologia, quimioterapia, radioterapia)	3 (três) úteis
Atendimento em regime de hospital dia	10 (dez) úteis
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um) úteis
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

- Obs: as guias de procedimentos eletivos que envolvam solicitação de OPME, devem ser encaminhadas para a regulação do Saúde Recife (FILA OPME) em até 3 dias anteriores ao prazo final de autorização da guia referenciada (21 dias úteis).
- Obs: em casos excepcionais, os prazos discriminados poderão ser autorizados anteriormente após avaliação inicial da regulação da Benner (triagem), quando verificada a urgência da solicitação médica.

O prazo para o prestador gerar as guias no sistema informatizado é de até 30 (trinta) dias.

As guias autorizadas têm validade de até 60 (sessenta) dias para serem realizadas e até 30 (trinta) dias, a partir da data de atendimento, para serem loteadas e enviadas por meio eletrônico. A entrega por meio físico é de até 60 (sessenta) dias.

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

7. PERÍCIAS PRÉVIAS

Estão sujeitos a eventual perícia prévia pelo **SAÚDE RECIFE**, através de auditoria médica, os seguintes procedimentos:

- a. Cirurgias plásticas reparadoras em geral, tais como dermolipectomia, cirurgia de pálpebra, mama;
- b. Procedimentos dermatológicos;
- c. Internações eletivas ou outros que o sistema considerar pertinente, a qualquer tempo.

A critério do **SAÚDE RECIFE**, as perícias **presenciais** poderão ser substituídas por laudos

detalhados e documentação fotográfica.

Atenção: nos casos de requisição de procedimentos que venham a necessitar de perícia, haverá o agendamento e realização em local determinado pelo SAÚDE RECIFE.

8. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

8.1 REGRAS GERAIS

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

II. Entende-se por ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA aquele realizado em áreas hospitalares que exija a atuação imediata do médico, face ao risco de morte, caracterizado pelos sinais e sintomas apresentados de modo agudo, progressivo e rapidamente fatal, devidamente justificados.

III. A consulta de urgência/emergência não está sujeita à autorização prévia e deverá ser registrada no sistema eletrônico do SAÚDE RECIFE. Ao registrar a consulta no sistema, a guia terá que ser impressa para a assinatura do beneficiário ou seu responsável (menores, idosos ou incapazes), confirmando assim o atendimento.

IV. Nas urgências e emergências o acesso é exclusivamente por demanda espontânea e, de regra, compreende:

- a) consulta;
- b) observação clínica, até 6 (seis) horas (observação/repouso na urgência) a partir do primeiro atendimento na sala do repouso;
- c) solicitação de exames compatíveis com este tipo de atendimento e com a condição de urgência/emergência do paciente para uma tomada de decisão quanto a conduta médica a ser adotada;
- d) prescrição de terapia;
- e) encaminhamento para procedimento cirúrgico ambulatorial;
- f) orientação para realizar consulta em ambulatório eletivo, hospitalização no próprio hospital quando pertinente ou transferência para outro hospital compatível com o estado clínico do paciente.
- g) Após o atendimento, se for identificada a necessidade da realização de um procedimento ou internação, o prestador deverá solicitar autorização em até 24 horas.
- h) A documentação de registro em prontuário do atendimento de urgência/emergência deve estar devidamente preenchida e conter dados sobre:
 - identificação do paciente;
 - assistência prestada (motivo da consulta, anamnese, exame físico e resultado de exames);

- horário de atendimento (entrada e saída);
- cuidados instituídos;
- nos casos de observação deve constar ainda:
 - ✓ Prescrição e administração de medicamentos;
 - ✓ Evolução;
 - ✓ Resultado de exames complementares (laudos ou registro médico);
 - ✓ Ficha/registo de anestesia (se houve);
 - ✓ Registo dos cuidados de enfermagem (controles, sondagens, administração de medicação, curativos, entre outros) e, Início e término do atendimento (alta).

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

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

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

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

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

Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SADT), para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento de SADT.

A solicitação de exames na urgência/emergência deve ser feita baseada em história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e medicação administrada, que justifiquem o exame

solicitado.

Nas situações de urgência e emergência, havendo necessidade de realização de parecer de especialista, a solicitação deve ser do médico plantonista, sendo de total responsabilidade do prestador onde o paciente está sendo assistido, providenciar o profissional para realização deste, podendo ele fazer parte da rede credenciada do SAÚDE RECIFE ou não. O parecer do especialista deve ser registrado no prontuário clínico, com justificativa técnica pertinente cabendo análise posterior do médico auditor do SAÚDE RECIFE. O parecer será remunerado no valor da tabela praticada pelo SAÚDE RECIFE e deve estar registrado no prontuário do paciente para verificação do médico auditor, que deverá opinar sobre a pertinência da solicitação do parecer. Qualquer situação fora desta condição terá que ser negociada entre o prestador e o SAÚDE RECIFE, cabendo o envio da solicitação consubstanciada.

8.2 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NO FORMATO DE PACOTE

8.2.1. PACOTE URGÊNCIA GERAL (Clínica Médica): o pacote inclui:

- A consulta médica;
- Os materiais descartáveis utilizados;
- Os medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência/emergência do paciente;
- As taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- Permanência na observação em Pronto Socorro por período de tempo de até 6 horas (máximo) a partir do primeiro atendimento;
- O gás medicinal.
- Em relação a exames, o pacote inclui Raios-X simples (máximo de 02, quando em regiões anatômicas diferentes e no máximo duas incidências), ou ECG e se refere a um ECG convencional, casos o paciente apresenta quadro compatível com queixa cardiológica.

Quando houver indicação de permanência na observação em Pronto Socorro, de até o máximo de 6 horas, contadas a partir do primeiro atendimento, estará inclusa no pacote, que inclui também todos os serviços assistenciais.

Quando realizada exclusivamente a consulta de urgência, sem nenhum serviço/procedimento agregado, deverá ser cobrada somente a consulta em pronto socorro.

8.2.2. PACOTE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: o pacote inclui:

- A consulta médica;
- Os materiais descartáveis utilizados;
- Os medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência/emergência do paciente;

- Permanência na observação em Pronto Socorro por período de tempo de até 6 horas (máximo), contadas a partir do primeiro atendimento;
- Taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- Gás medicinal;
- Com relação a exames, o pacote inclui os Raios-X simples (máximo de 02, quando em regiões anatômicas diferentes e no máximo duas incidências).

Quando realizada exclusivamente a consulta de urgência, sem nenhum serviço/procedimento agregado, deverá ser cobrada somente a consulta, em pronto socorro.

8.2.3. PACOTE URGÊNCIA CARDIOLÓGICA:

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

Quando realizada exclusivamente a consulta de urgência, sem nenhum serviço/procedimento agregado, deverá ser cobrada somente a consulta em Pronto Socorro.

8.2.4. PACOTE URGÊNCIA ORTOPÉDICA:

- Consulta médica;
- Os materiais descartáveis utilizados;
- Medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência do paciente;
- Permanência na observação em Pronto Socorro por período de tempo de até 6 horas (máximo), contadas a partir do primeiro atendimento;
- Taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- Em relação a exames, o pacote inclui somente os raios-X simples (máximo 02, quando em regiões anatômicas diferentes e no máximo duas incidências).

8.2.5. PACOTE DE URGÊNCIA EM GINECOLOGIA\ OBSTETRÍCIA

- Consulta médica;
- Os materiais descartáveis utilizados;

- Medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência do paciente;
- Permanência na observação em Pronto Socorro por período de tempo de até 6 horas (máximo), contadas a partir do primeiro atendimento;
- Taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos),
- Gás medicinal, em qualquer quantidade;

Quando realizada exclusivamente a consulta de urgência, sem nenhum serviço/procedimento agregado, deverá ser cobrada somente a consulta em pronto socorro.

O pacote exclui os honorários médicos referentes aos procedimentos de instalação de aparelho gessado, exclusivamente para aqueles constantes da tabela do Saúde Recife.

Atendimento de urgência que gerar internação, esta deverá ser solicitada, de imediato.

Nos casos de emergência com risco imediato de vida a solicitação deverá ser realizada ou concomitantemente ao atendimento ou no máximo 2 horas após a finalização do atendimento no Pronto Socorro.

8.3. ESPECIFICIDADES PARA COBRANÇAS EM URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA:

8.3.1. MEDICAMENTOS

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

8.3.2. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

- a) Os materiais descartáveis utilizados deverão ter seu registro na ficha clínica do paciente, com comprovação de sua utilização;
- b) Caso haja indicação de utilização de material especial (dreno torácico, p. ex.), este deve ser solicitado pelo médico assistente em prontuário com a justificativa da sua efetiva necessidade e eficácia. Sua utilização deverá ser registrada em prontuário (avaliação da condição do paciente, imagem, selo, código de barras, o que couber); para posterior

avaliação da auditoria do SAÚDE RECIFE..

- c) A realização de procedimentos especiais em Pronto Socorro como por exemplo o acesso vascular central por cateter de curta permanência será passível de cobrança somente quando houver compatibilidade entre o quadro/morbidade do paciente que exija a realização de tal conduta;
- d) A utilização de materiais deve estar relacionada à pertinência das indicações; prescrição (adequação da quantidade);

8.3.3 TAXAS EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS

- a) Constituem a cobrança e pagamento por serviços prestados, uso de aparelhagem em ambiente hospitalar.
 - b) O SAÚDE RECIFE cobre a Taxa de Observação e Repouso em Pronto Socorro, a Taxa de Sala Ambulatorial e a Taxa de Colocação de Aparelho Gessado, sujeitas ao cumprimento das regras estabelecidas neste documento. Assim, quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento, não poderão ser cobradas ao SAÚDE RECIFE sem prévia negociação /autorização entre as partes;
 - c) O SAÚDE RECIFE NÃO COBRE Taxa de Observação e Repouso na Urgência/Emergência quando ocorrer internação hospitalar subsequente decorrente do atendimento inicial de Urgência/Emergência uma vez que será paga a diária hospitalar correspondente (nestes casos configura pagamento em duplicidade por acomodação do paciente), aplicação de medicamentos que não requeiram observação (IM, IV exclusivo, SC e VO) e, também, para espera de resultados de exames;
 - d) O SAÚDE RECIFE NÃO COBRE TAXAS SUPERPOSTAS, seja pelo tipo do procedimento realizado seja por ambiente. Exemplo: Se no mesmo atendimento o paciente realizar uma sutura e uma sondagem vesical, será paga apenas uma taxa, DESDE QUE NEGOCIADA.
 - e) O SAÚDE RECIFE NÃO COBRE TAXA PARA ACOMPANHAMENTO de paciente em Observação e Repouso em Pronto Socorro;
 - f) O SAÚDE RECIFE cobre somente a Taxa de Sala para Colocação de Aparelho Gessado, que inclui os equipamentos / instrumental para colocação do gesso e o serviço técnico profissional. Não poderá ser cobrada para a retirada de aparelho gessado;
 - g) A Taxa de sala ambulatorial é coberta pelo SAÚDE RECIFE somente quando houver ambiente específico para tal, e para a realização dos seguintes procedimentos:
 - Cirurgia ambulatorial de pequeno porte (sem porte, portes 0 (zero) ou 1(um));
 - Suturas passíveis de realização em ambulatório;
 - Drenagem de abscesso;
- Observações:
1. Os insumos (material e medicamento) somente poderão ser cobrados na modalidade conta aberta;

2. Não será permitida a cobrança de taxa de sala para procedimentos realizados no mesmo ambiente do consultório;

8.3.1.1 ITENS INCLUSOS NAS TAXAS DE SALA AMBULATORIAL

- Equipamentos e instrumentais;
- Rouparias e EPI;
- Serviços de enfermagem inerente ao procedimento realizado;
- Preparo integral do paciente
- Carrinho de urgência devidamente equipado.
- Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos.

8.4 GÁS MEDICINAL

- A cobrança e o pagamento dos gases medicinais se dão por minuto/uso, mediante comprovação efetiva da indicação (prescrição médica), registro da utilização no documento de atendimento (prontuário, ficha anestésica ou outros), data e horário do início e término da aplicação dos mesmos registrados pelo profissional de enfermagem e evoluído no prontuário.

- Na utilização por hora/minuto de gasoterapia nenhuma outra cobrança poderá ser adicionada, visto que estes valores já estão embutidos em seus custos (perda de gás pela tubulação, aquecimentos, manutenção de seus reservatórios – torpedos e, ou, central – válvulas de pressão, borracha de látex para inalações e, ou quaisquer outras conexões, etc).

- No pagamento da nebulização por aplicação está incluso o material, os medicamentos: berotec, atrovent, soro fisiológico e oxigênio.

9. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9.1 – CONSULTA MÉDICA ELETIVA

Trata-se do atendimento prestado pelo médico, com horário marcado, ao beneficiário do SAÚDE RECIFE em consultório, ambulatório de hospitais ou clínicas e ainda em domicílio, com a realização da anamnese, do exame físico, emissão de parecer (diagnóstica/hipótese diagnóstica), instrução, opinião ou recomendação sobre a queixa, sintomas e sinais do paciente, prescrevendo, quando necessário, exames complementares de diagnóstico e/ou, tratamentos adequados;

A anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracteriza, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo);

Nas consultas eletivas, não serão cobrados pelo credenciado taxas, materiais ou



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



medicamentos, salvo nos casos previstos e previamente autorizados;

Nas especialidades praticadas e cobertas pelo SAÚDE RECIFE, para consultas médicas eletivas, o limite inicial para efeitos de regulação é de 02 (duas) consulta/beneficiário/mês, que deverão ser solicitadas pelo prestador no sistema informatizado do SAÚDE RECIFE.

O prestador/médico assistente que identificar a necessidade de o beneficiário realizar consultas eletivas acima das 02 (duas) no mesmo mês; inicialmente liberadas em sistema, deverá fornecer ao beneficiário o encaminhamento para a especialidade necessária acompanhado de exames e justificativa, estes documentos deverão ser anexados a solicitação de consulta em sistema, esta terá o prazo de até 3 (Três) dias úteis para fins de autorização.

Para fins de regulação não serão remunerados os retornos de consultas eletivas para verificação de exames ou avaliação de procedimento (s) realizado (s) que caracterizem continuidade do atendimento ou consulta anterior;

O retorno da consulta médica é o ato médico decorrente da necessidade de reavaliação diagnóstica, análise de exames e/ou terapêutica dando continuidade ao ato médico inicial. Portanto não havendo modificação de sinais e sintomas que alterem o quadro da consulta inicial a consulta posterior, inferior a 30 (trinta) dias, será considerada subsequente e não nova consulta, para efeito de remuneração;

Não será considerado consulta, para fins de remuneração como tal, os atendimentos para a emissão de declarações e atestados.

A solicitação prévia em sistema evitará transtornos ao beneficiário e ao prestador de forma a evitar que o beneficiário compareça a uma consulta que não foi autorizada em sistema e não possa ser atendido nos casos onde o limite mensal tenha sido atingido, pois o prestador não poderá imprimir a guia da consulta e conseqüentemente não haverá confirmação para pagamento da referida guia.

9.1.2 REGRAS GERAIS PARA FLUXO DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS ELETIVAS.

I. Todas as consultas eletivas, clínica básica ou especializadas deverão ser solicitadas no sistema eletrônico do SAÚDE RECIFE, sejam originárias da procura direta ou sejam encaminhadas por outros especialistas, ocasião em que o sistema informatizado verifica se o beneficiário atingiu o seu limite mensal de consultas eletivas, para fins de regulação, de acordo com as normas do sistema Saúde Recife. Caso o limite mensal do beneficiário tenha sido atingido o sistema emite uma mensagem informando sobre o impedimento para a realização de consulta eletiva, naquele momento;

II. O procedimento de solicitação prévia de consultas em sistema evitará transtornos ao beneficiário e ao prestador de forma a evitar que o beneficiário compareça a uma consulta que não foi autorizada em sistema e não possa ser atendido nos casos onde o limite mensal tenha sido atingido, pois o prestador não poderá imprimir a guia da consulta e conseqüentemente não haverá confirmação para pagamento da referida guia.

III. Caso o prestador verifique em sistema a ocorrência de não liberação de consulta eletiva,

deverá o prestador anexar encaminhamento/Justificativa/Laudo da consulta extra. O Credenciado jamais deverá solicitar consulta extra, por telefone ou outro meio de comunicação ao SAÚDE RECIFE. Caso haja a necessidade de consulta extra, esta solicitação deverá ocorrer antes da data de atendimento pelo prestador;

IV. Portanto torna-se obrigatório para realização de consultas eletivas a solicitação destas em sistema informatizado do SAÚDE RECIFE para posterior atendimento, evitando assim desgastes entre beneficiário e o credenciado, uma vez que sobre estes atendimentos serão cobrados coparticipação beneficiário;

V. O prazo para confirmação da consulta eletiva no sistema informatizado do SAÚDE RECIFE é de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da autorização e não da realização da consulta. Portanto o credenciado só deverá solicitar as consultas em sistema se existirem vagas para atendimento do beneficiário dentro de um prazo máximo de 30 dias. Caso o credenciado não tenha disponibilidade de agenda dentro deste prazo deverá informar ao beneficiário qual o período para retornar o contato e solicitar o agendamento.

VI. O Prestador deverá imprimir a guia autorizada para a assinatura do beneficiário ou seu responsável. Nos casos de crianças ou incapazes, além da assinatura da guia, pelo acompanhante responsável, deverá conter a informação de próprio punho do parentesco do acompanhante, número de documento de identidade e CPF. Uma vez que sobre estes atendimentos serão cobrados coparticipação do beneficiário;

VII. Nunca, em hipótese alguma, deverá a guia ser assinada pelo credenciado, caso esta guia seja apresentada com tal inconformidade, serão motivos de glosa permanente sem direito a recurso posterior.

9.2 – ESPECIFICIDADES PARA CONSULTA MÉDICA ELETIVA EM PSIQUIATRIA

a) A Consulta médica ambulatorial em psiquiatria deve ser agendada em horário preestabelecido por prestadores da rede credenciada, conforme regra de limite, para fins de regulação, estabelecida pelo sistema, ou seja, 01 (uma) consulta/beneficiário/mês, para beneficiários com patologias psiquiátricas que necessitem de atendimento especializado;

b) A consulta compreende o tratamento básico, prestado por médico, com cobertura de serviços de apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados e justificados pelo médico assistente. Quando observados critérios médicos específicos a solicitação poderá autorizado pelo profissional médico regulador do SAÚDE RECIFE;

c) São três os tipos de atendimento ambulatorial em psiquiatria previstos pelo SAÚDE RECIFE

I. A consulta médica ambulatorial (consultório privado individual ou em clínicas de múltiplas especialidades) - em horário preestabelecido, realizada por profissionais integrantes da rede credenciada, conforme regra de limite estabelecido no item “a” supra, destinada aos beneficiários com patologias psiquiátricas que necessitem de atendimento especializado ambulatorial/consulta eletiva;



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



II. Atendimento aos casos de risco: assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio assistido ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e, ou, risco de danos morais e patrimoniais importantes;

III. Psicoterapia de crise – entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) horas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e, limitada a 01 (um) atendimento/mês.

9.3 ESPECIFICIDADES PARA CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA

I. No atendimento ambulatorial a consulta oftalmológica padrão inclui: anamnese; refração; exame das pupilas; acuidade visual; retinoscopia; ceratometria; fundoscopia; biomicroscopia do segmento anterior; exame sumário da motilidade ocular do senso cromático, não cabendo cobrança em separado;

II. Para autorização dos exames oftalmológicos que não fazem parte da consulta eletiva inicial o médico assistente deve encaminhar, acompanhado da solicitação, uma justificativa para análise da auditoria médica e o exame só deverá ser agendado e realizado quando o prestador verificar a autorização em sistema;

III. Em relação à realização dos exames oftalmológicos e pré-operatórios, serão considerados para fins de autorização somente aqueles constantes do protocolo de exames oftalmológicos e suas indicações, segundo a FECOOESO, SBO e a Resolução CFM nº 1.642/2002 e seu Art. 1º b - “admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas Sociedades Brasileiras de Especialidades em conjunto com a Associação Médica Brasileira”;

IV. A reconsulta para acompanhamento do paciente diagnosticado com glaucoma, antes de 01 (um) ano, deve ser acompanhada de relatório do médico assistente com justificativa técnica detalhada;

V. Para autorização de procedimentos/exames em oftalmologia que não fazem parte da consulta inicial eletiva é necessária à correlação entre a hipótese diagnóstica e a indicação absoluta, sendo necessária à solicitação em sistema para posterior realização deste devendo estar de acordo com o protocolo de exames complementares em oftalmologia da FECOOESO, SOB;

VI. Para liberação dos procedimentos cirúrgicos é necessária a solicitação e à apresentação dos exames pré-operatórios e estes devem estar de acordo com o protocolo de exames pré-operatórios por tipo de cirurgia oftalmológica;

VII. A solicitação de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos deve ser realizada na guia de solicitação de procedimento do SAÚDE RECIFE, que deverá ser encaminhada em Sistema informatizado do Saúde Recife, acompanhado dos exames complementares e a justificativa médica para a solicitação do procedimento;

VIII. Somente após a liberação/autorização da cirurgia/procedimento, pela perícia médica oftalmológica, em sistema, o credenciado poderá agendar a cirurgia/procedimento;



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



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

X. Para fins de faturamento de contas será necessário o envio do laudo médico por meio físico e inserido em sistema.

10. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Entende-se por SADT os procedimentos realizados como recurso diagnóstico, com o objetivo de fornecer subsídios para que o médico assistente possa firmar um diagnóstico e auxiliar na decisão do recurso terapêutico a ser utilizado na cura, remoção ou controle da patologia.

Os exames auxiliares de diagnose e terapia têm como finalidade a comprovação de uma hipótese diagnóstica, fundamentada na análise clínica do paciente (complementares ao raciocínio clínico e não sendo uma forma de diagnóstico) ou podem ser utilizados para identificar determinada patologia.

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

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

10.1. REGRAS GERAIS ESPECÍFICAS PARA EXAMES (SADT)

a) Nos exames que necessitem de utilização de contraste, este será remunerado de acordo com a negociação vigente entre SAÚDE RECIFE e Prestador;

b) O radiofármaco é essencial na realização de qualquer procedimento de Medicina Nuclear, é considerado um insumo e não um material ou medicamento. Deve ser cobrado em separado de acordo com o valor do Brasíndice da competência da realização do procedimento, pelo preço de Fábrica e no volume recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

c) Os procedimentos complementares de diagnose e tratamento em que são utilizados contrastes, radioisótopos ou outros materiais especiais necessários à sua realização deverão estar descritos, o laudo deverá estar disponível para análise técnica e comprovação do uso do contraste, radioisótopos ou outros materiais especiais utilizados para fins de pagamento.

d) Para utilizar contraste não iônico a solicitação deverá estar justificada e deverá ser previamente autorizada pelo SAÚDE RECIFE.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



e) Os materiais especiais (seringas, equipos especiais, extensores, bombas de infusão, etc.), necessários para a administração de medicamentos especiais deverão ter sua indicação e justificativa comprovada por meio de bulas ou protocolos reconhecidos por entidades da área de Saúde.

f) Para materiais com valor unitário a partir de R\$200,00 é necessário a solicitação e a autorização prévia. O prestador deve encaminhar, para fins de cobrança, o original da solicitação/autorização e anexar uma cópia ao prontuário médico.

g) Deve ser comprovado o produto utilizado, quanto ao tipo e **marca**, que devem estar compatíveis com a cobrança efetuada.

h) Rótulos/embalagens/selo/códigos de barras de todos os materiais utilizados com nome ou modelo comercial, identificação do fabricante ou importador, código do produto, número do lote e número de registro na ANVISA .

i) Deverá constar o relatório cirúrgico ou laudo de exame com descrição de todos os itens utilizados no ato médico, devidamente identificado com os dados do paciente, data de realização do procedimento e identificação dos profissionais médicos integrantes da equipe;

j) Deverá ser apresentada a nota fiscal de compra do(s) material(is), para os produtos enquadrados como de uso único, de reprocessamento proibido, com a identificação do paciente no qual foi utilizado e com data compatível com a realização do procedimento;

k) Caso o rótulo original de todos os materiais especiais autorizados, utilizados e descritos no relatório cirúrgico ou no laudo do procedimento não esteja afixado no prontuário do paciente, ao SAÚDE RECIFE é reservado o direito de glosa total do material especial;

l) É vetado o acréscimo de procedimentos e de materiais especiais sem prévia liberação. Qualquer alteração de procedimento/material especial, necessita, obrigatoriamente, de autorização prévia do SAÚDE RECIFE;

m) No caso dos exames radiológicos o pagamento dos honorários médicos cabe somente ao profissional especializado, ao radiologista;

n) Não se paga taxa de sala para exames de Raios-X, Ultrassonografia (USG), Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM); A exceção é para a radiologia intervencionista, desde que o pagamento ocorra em conta aberta. Se for por meio de pacote, a taxa está inclusa neste.

o) USG Obstétrica em Gestação Múltipla paga-se por feto, aplicando o redutor (100 e 70%);

p) Quando realizado exames de USG, TC, RM em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o de maior valor em 100% do valor previsto, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados;

q) Para a realização de determinados exames a participação do anestesista está condicionada à solicitação antecipada do médico assistente, devidamente justificada. Quando autorizada a participação do anestesista deve ser gerada uma guia de acompanhamento



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



anestésico, que somente pode ser confirmada e cobrada pela Coopanest;

r) Quando houver necessidade da participação de anestesista em procedimentos que não há obrigatoriamente o concurso do anestesista (na CBHPM ou no rol de Procedimentos do Edital Credenciamento – SAÚDE RECIFE), esta deverá ser solicitada ao SAÚDE RECIFE pelo médico assistente, devidamente justificada (autorização prévia), sem que o que estará sujeita a glosa.

s) Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0, a remuneração deste especialista será equivalente ao Porte 3 de acordo com a parametrização no Rol de Procedimentos do Edital Credenciamento – SAÚDE RECIFE acordado com a COOPANEST, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário do ato anestésico.

t) Para os procedimentos diagnósticos múltiplos, realizados em um único evento, os atos médicos praticados pelo anestesista, quando devidamente autorizado, serão pagos pela quantidade de procedimentos, ou seja, 100% para o 1º e 50% do valor daquele para os demais.

10.2 SADT ELETIVOS/ AMBULATORIAIS

10.2.1. REGRAS GERAIS

a) Todos os exames para apoio e diagnóstico e terapêutico (SADT) eletivos ambulatoriais realizados em clínica ou policlínicas, básicas ou especializadas ou ainda dentro hospitais, desde que eletivos, deverão ser solicitados no sistema eletrônico do Saúde Recife, sejam originárias da procura direta, sejam encaminhadas por outros especialistas ou da rede credenciada;

b) Caso o prestador verifique no momento da solicitação em sistema a não liberação do exame/procedimento deverá realizar contato com a central de atendimentos do Saúde Recife, através do 08002812345 - 37710152, para verificação do impedimento;

c) É obrigatória, para realização de exame/procedimentos eletivos, a autorização prévia em sistema informatizado do SAÚDE RECIFE, evitando assim desgastes entre beneficiário e o credenciado;

d) Tanto a validade da solicitação do médico assistente, quanto à validade para a realização do exame é de 30 (trinta) dias, a contar da data da solicitação;

e) O prestador deverá imprimir a guia do exame/procedimento autorizado para a assinatura do beneficiário ou seu responsável. Nos casos de crianças, idosos ou incapazes, além da assinatura da guia, pelo acompanhante responsável, deverá conter a informação de próprio punho do parentesco do acompanhante, número de documento de identidade ou CPF; uma vez sobre estes procedimentos/exames eletivos serão cobrados coparticipação do beneficiário;

f) Nunca, em hipótese alguma, deverá a guia ser assinada pelo credenciado, caso seja confirmado este procedimento as guias entregues com esta inconformidade será motivo de

glosa permanente sem direito a recurso posterior;

g) Os exames considerados como simples (Nível I* - baixa complexidade), não necessitam de autorização antecipada ao dia do exame, por parte da equipe médica de regulação da Central de Serviços do Saúde Recife para sua realização, desde que esteja dentro do limite anual** e periodicidade ***, para fins de regulação, estes exames/procedimentos podem ser gerados no próprio credenciado através do sistema informatizado do Saúde Recife.

h) Para fins de regulação a solicitação de exames especiais (Nível II*, III * IV* e V*) será avaliada pela equipe médica da Central de Serviços do Saúde Recife. Para realização, o Prestador deverá encaminhar antecipadamente, a solicitação e demais documentações necessárias, encaminhada pelo médico solicitante de acordo com a complexidade para cada tipo de exame especial que será analisado pela equipe de regulação. O agendamento e realização só deverão ocorrer por parte do credenciado quando verificada a sua autorização em sistema do Saúde Recife. Estes devem ser realizados exclusivamente pela rede de laboratório de patologia clínica ou de exames de imagem/métodos gráficos, etc, pela rede credenciada do Saúde Recife.

i) As solicitações de exames eletivos ambulatoriais têm a validade de 30 (trinta) dias a partir da data de autorização para serem realizados.

Observações:

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

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

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

- Polissonografia, eletromiografia e potenciais evocados: 01 (um/ano);
- Cito genética ou imuno-histoquímica: 02 (dois/ano);
- Tomografia computadorizada: 02 (duas/ano);
- Ressonância nuclear magnética: 02 (duas/ano);
- Mapeamento cerebral e eletroencefalograma computadorizado: 02 (dois/ano);
- Medicina nuclear: 02 (dois/ano);
- Endoscopia digestiva alta, colonoscopia, retossigmoidoscopia: 02 (duas/ano);
- Litotripsia por ondas de choque: 02 (duas/ano);
- Ultrassonografia, incluindo ecografia: 04 (quatro/ano);
- Hemodiálise e CAPD;
- Quimioterapia.

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

- a) Menores de 18 anos de idade;
- b) Maiores de 60 anos;
- c) Pacientes com necessidades especiais;
- d) Pacientes com alergia a iodo, devidamente comprovados por teste alérgico, quando for utilizar contraste iodado, não se refere ao contraste paramagnético e contraste não iodado;
- e) Pacientes com claustrofobia, devidamente comprovados por laudo psiquiátrico.

10.1.3 SADT DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- a) O SADT deve embasar uma decisão dentro do próprio atendimento nos casos de emergência/urgência ou em até 12 horas após o atendimento;
- b) Não deverão ser solicitados exames que não se coadunem com a real condição que caracteriza uma situação de urgência ou a emergência do paciente, exames de caráter ambulatorial eletivo ou exames para realização de check up. Esta situação pode ser passível de glosa total, após avaliação técnica e científica da auditoria médica;
- c) Devem ser emitidas solicitações legíveis, com a devida justificativa clínica, diagnóstico ou hipótese diagnóstica, para análise do médico regulador, evitando informações vagas como: dor abdominal; dispneia; tosse; e semelhantes, que poderão ser impeditivas da autorização;
- d) Os exames complementares solicitados nos serviços de urgência/emergência necessitam de prévia autorização, devendo ser solicitados por meio do sistema informatizado do Saúde Recife em até 12 h após o início atendimento;

e) Caso o paciente retorne para o atendimento de urgência/emergência pela morbidade que gerou o primeiro atendimento dentro de 24 horas após o primeiro atendimento de urgência, vale referir que para o segundo atendimento, não cabe cobrança de nova consulta;

f) Quanto ao protocolo operacional para a realização de exames, solicitados no serviço de urgência/emergência, deverão atender ao seguinte:

- I. Se realizados no próprio local de atendimento, deverão ser inseridos na Solicitação Guia SP/SADT e Incluir Exames Simples.
- II. Quando realizados fora do serviço de urgência onde o paciente está sendo atendido, o serviço deverá fornecer ao Prestador que irá realizar o atendimento a Guia de Solicitação de Exames com o registro da requisição médica. O Prestador que irá realizar o exame deverá solicitar Guia em sistema informatizado do Saúde Recife.

g) O Saúde Recife não cobre, para realização no atendimento de urgência/emergência, exames de caráter eletivo, tais como os listados a seguir:

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

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

Observação:

As reiteraões de solicitação de exames por parte do médico assistente devem ser dirigidas/discutidas com médico regulador, único profissional com competência para liberar a autorização de exames considerados incompatíveis com o atendimento em regime de urgência e considerado pela regulação como exames de caráter eletivo, já que as exceções podem acontecer.

10.1.4 SADT - PACIENTES INTERNADOS

- Todo exame para paciente internado deverá ser solicitado pelo médico que o atende de forma contínua (médico assistente clínico ou cirurgião) ou de forma provisória/complementar (especialistas, intensivistas, urgentista).



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



- Em qualquer solicitação de exame o médico deverá justificar a indicação, através de relatório técnico, para análise e autorização dos médicos reguladores, preenchendo a Guia de Solicitação de Exames na sua completude e de forma legível.

- Todos os exames de medicina laboratorial, imagem e métodos gráficos solicitados devem ter indicações claras, de modo a permitir avaliar a real necessidade do exame.

- Em relação à frequência de realização de um mesmo exame (s), e independentemente do local de acomodação do paciente (enfermaria ou UTI), a repetição dos mesmos somente terá a cobrança diária acatada, se guardar uma estreita relação com a morbidade e condição clínica do paciente. A frequência mínima esperada para repetição de exames de rotina é a cada 02 (dois) dias.

- Nos pacientes internados todos os exames deverão ser solicitados para a Central de Serviços do Saúde Recife para a realização e só deverão ser lançados no sistema eletrônico para cobrança após a autorização destes.

- US Obstétrica em Gestação Múltipla em paciente internada, paga-se por feto, aplicando o redutor (100 e 70%).

- A guia de acompanhamento anestésico em paciente internado somente poderá ser confirmada pela Coopanest.

11. PROCEDIMENTOS

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

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

11.1 PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA

Caso haja realização de procedimentos tais como pequenas cirurgias, suturas, colocação de aparelho gessado, drenagem de abscesso, e outros necessários, os mesmos terão que ser identificados e cobrados na guia SP/SADT, com descrição sumarizada do procedimento realizado.

No caso de suturas é obrigatória a descrição da extensão da lesão, tamanho e localização anatômica. As suturas plásticas reparadoras devem vir acompanhadas da descrição cirúrgica e as tenorrafias e neurorrafias somente poderão ser realizadas em ambulatório por profissional devidamente qualificado.

11.2 PROCEDIMENTOS ELETIVOS

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

2. Todo procedimento eletivo solicitado deverá estar relacionado à especialidade do médico assistente do paciente.

3. Os procedimentos **clínicos ou cirúrgicos de CARÁTER ELETIVO** deverão ser solicitados no Formulário de Solicitação de Eventos disponível no site do Saúde Recife e serão submetidos à avaliação da auditoria médica de regulação do Saúde Recife. O anexo da Guia solicitada em Sistema deverá conter solicitação do médico assistente, acompanhado de laudos, relatórios e resultados de exames complementares, para realização do processo regulatório de pré-autorização, que pode incluir perícia presencial. A solicitação tem a validade de 30 (trinta) dias a partir da data de autorização.

4. A análise da regulação médica sobre a pertinência do procedimento solicitado ocorrerá de acordo com a data de inclusão da solicitação em sistema, o resultado desta análise será informado em sistema.

5. O prestador que realizará o procedimento/exame deve verificar a autorização deste em sistema para realizar o agendamento;

6. Somente após esta verificação e na data da realização a prestador deverá solicitar à assinatura do beneficiário na Guia autorizada que deverá ser impressa pelo Prestador;

7. Para realização de procedimento em paciente oriundo do atendimento de urgência/emergência a solicitação da internação/procedimento(s) deverá ser solicitada em formulário próprio e em Sistema informatizado do Saúde Recife em até 12h após o atendimento;

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

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

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

Tipos de Relatórios	Informações Complementares
Internações Clínicas	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida, (incluindo a descrição	-Resultados de exames de imagem, laboratório, anatomopatológico.

do código do procedimento, conforme codificação da Tabela do Saúde Recife, com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento.	-Relatório de especialista. -Previsão da duração do tratamento.
Internações Cirúrgicas	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida, incluindo a descrição do código do procedimento, conforme codificação da Tabela do Saúde Recife, com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento (indicação da cirurgia)	-Descrição das lesões (localização, quantidade, dimensões, etc...). -Resultado de exames complementares pré-operatórios (imagem, laboratório, anátomo patológico, e outros... QSA*). -Resultado de exames Pré-operatório, indicação do uso de OPME e Especificação da Órtese e Prótese – QSA* (cirurgia ou exame invasivo).
Órtese e Prótese Cirúrgica*	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchido incluindo a descrição do código do procedimento, conforme codificação da Tabela do Saúde Recife, com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento encaminhada para o médico perito(eletivo) ou para Central de Regulação do Saúde +	Especificação clara da (s) OPME de acordo com RESOLUÇÃO CFM N° 1.956/2010.
Solicitação para o fornecimento de Órtese e Prótese em formulário Específico para este tipo de solicitação, acompanhado da solicitação cirúrgica para o médico perito (eletivo) ou para Central de Regulação do Saúde Recife (urgência/emergência) . Obs: Os materiais /PME serão cotados com os fornecedores cadastrado pelo sistema Saúde Recife.	
Oftalmologia	

<p>Guia de Solicitação de Procedimento/SADT - Devidamente preenchida, incluindo a descrição do código do procedimento conforme codificação da Tabela do Saúde Recife, com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento/SADT + descrição do exame oftalmológico complementar.</p>	<p>-Exames oftalmológicos e pré-operatórios, serão considerados para fins de autorização somente aqueles constantes do protocolo de exames oftalmológicos e suas indicações, segundo a FECOOESO, SBO e a Resolução CFM nº 1.642/2002</p> <p>-Solicitação para uso de OPME (QSA*)</p>
Material e Medicamento Especial	
<p>Relatório médico com solicitação e justificativa consubstanciada para uso do medicamento e/ou material especial.</p>	<p>-Uso de Órtese e Prótese (QSA*).</p>
Terapias Seriadas (paciente internado)	
<p>Relatório médico com solicitação, justificativa consubstanciada e indicação para realização do procedimento + previsão de duração do tratamento.</p>	<p>Relatório médico com solicitação e justificativa de prorrogação do tratamento + evolução clínica.</p>
Exames	
<p>Relatório médico com solicitação, justificativa detalhada do médico assistente e indicação para realização do exame.</p>	<p>Resultado de exames anteriores de imagem, laboratorial e anatomopatológico e outros (QSA*).</p>

* Quando se Aplicar

OBSERVAÇÕES

- A autorização do procedimento não dispensa auditoria pré-pagamento, com base nos documentos de atendimento, quando da cobrança da conta hospitalar.
- As orientações gerais em procedimentos cirúrgicos compreendem regras e parâmetros aplicáveis aos atos cirúrgicos em geral, independentes da especialidade.
- Os procedimentos cirúrgicos incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 dias após o ato cirúrgico.
- Nos procedimentos que sejam necessários o uso de órteses, próteses e materiais especiais, estes deverão ser solicitados em formulário próprio – Solicitação de PME, incluindo apenas o nome, especificação do produto e a sua quantidade. A marca e

fabricante não serão determinantes da cotação e aquisição da PME. Somente são autorizados pelo Saúde Recife.

- Materiais nacionais ou nacionalizados que estiverem de acordo com as normas e liberações vigentes da ANVISA (registro e validação da situação deste tipo de produto).
- Para a remuneração de qualquer procedimento solicitado deverá ser gerada uma guia no sistema informatizado.
- A remuneração dos serviços se dá exclusivamente através dos valores das guias do sistema informatizado devidamente confirmadas e entregues dentro dos prazos estabelecidos pelo Saúde Recife. A não observação e cumprimento das cláusulas contratuais de prazo ocasionará o não pagamento dos serviços realizados.
- **O Saúde Recife não oferece cobertura para procedimentos estéticos e experimentais**

12. HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

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

12.1 Honorários do Plantonista Urgentista

- a) Apenas consultas devidamente assinadas têm validade para fins de apresentação, cobrança, controle e processamento da produção;
- b) Em hipótese alguma serão aceitas rasuras ou acréscimos ao prontuário/ficha clínica sem a devida identificação do profissional que atendeu/ prescreveu;
- c) Quando no atendimento de urgência/emergência o beneficiário realizar consulta e procedimento ao mesmo tempo, caberá o pagamento da consulta em pronto socorro + o procedimento, desde que não seja na forma de pacote;
- d) Os honorários profissionais no atendimento por meio de pacote estão inclusos neste somente o correspondente ao da consulta. Qualquer procedimento realizado no atendimento do paciente (pequena cirurgia, drenagem de abscesso, retirada de corpo estranho, e assemelhados), terá o honorário profissional pago à parte (excluso do pacote).

12.2 Honorários do ANESTESISTA

- Regras Gerais:

A consulta de anestesia compreende a avaliação pré-anestésica antes da admissão do paciente na unidade hospitalar, incluindo as principais ferramentas/etapas do diagnóstico clínico – anamnese e exame físico, podendo ser auxiliados pelos exames complementares, o que exclui a visita pré-anestésica imediatamente à execução da anestesia (paciente já internado). Para a realização da consulta pré-anestésica para as cirurgias eletivas em ambiente hospitalar e em paciente **SOB ANESTESIA** faz-se necessário a prévia autorização da Regulação do Saúde Recife, por meio do seu médico regulador;

- a) Quando for solicitada ou necessária consulta com o anesthesiologista, em consultório próprio do profissional, previamente à internação, o anestesista fará jus à remuneração equivalente a uma consulta pré – anestésica no valor vigente do Saúde Recife.

b) Os honorários do anestesista mantêm correspondência com os portes dos atos cirúrgicos.

c) O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal, instalações de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que o paciente tenha indicação de seguimento em UTI;

d) Os **portes atribuídos aos atos do anesthesiologista** (s) referem-se exclusivamente a intervenção pessoal deste especialista, livre de quaisquer despesas, mesmo aquelas referentes a agentes anestésicos, analgésicos, drogas, materiais descartáveis, tubos endotraqueais, seringas, agulhas, cateteres, cal sodada, oxigênio, etc., empregados na realização do ato anestésico;

e) Na valoração dos portes constantes de anestesia estão inclusos a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anesthesiologista, por indicação do cirurgião, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, tanto em regime de internação como ambulatorial. Nos casos não previstos é necessária a autorização prévia do Saúde Recife;

f) Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0 e nos Procedimentos Clínicos Hospitalares, a remuneração deste especialista será equivalente ao Porte 3, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário, do ato anestésico.

g) A utilização de anestesia loco regional com ou sem sedação e de anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida nas cirurgias de pequeno e médio porte, deverão ser realizadas sempre com retaguarda hospitalar;

h) Para os atos anestésicos em caso de cirurgia bilateral, para o lado contralateral, os honorários médicos corresponderão a 70% do valor do procedimento (inexistindo código específico).

i) Nos atos cirúrgicos em que haja indicação de intervenção em outros órgãos através do mesmo orifício natural, a partir da **MESMA VIA DE ACESSO** ou dentro da MESMA CAVIDADE ANATÔMICA, o porte a ser atribuído ao trabalho do anesthesiologista será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

j) Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos ou procedimentos cirúrgicos diferentes **ATRAVÉS DE OUTRAS INCISÕES** (exceto aquela complementar do ato principal) ou outros orifícios naturais, os portes relativos aos atos do anesthesiologista serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais;

k) Quando houver necessidade do concurso de anesthesiologista em atos odontológicos que não tenham seus portes especialmente previstos na Tabela Saúde Recife, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecimento para o PORTE 4, por evento.

l) No caso de cirurgia para a remoção de dente incluso será remunerado o equivalente ao estabelecimento para o PORTE 4 para o 1º dente e 50% para cada um dos demais, realizados no mesmo evento;

m) Outros procedimentos realizados por dente, no mesmo evento, será remunerado o estabelecido para o PORTE 4 para o 1º dente e 50% para cada um dos demais;

n) Para os atos AN7 e AN8 (porte anestésico) ou aqueles nos quais seja utilizada Circulação Extracorpórea (CEC) ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 horas, o anestesiológista responsável poderá, quando necessário, solicitar previamente o concurso de um auxiliar (também anestesiológista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o (s) ato (s) realizados pelo anestesiológista principal;

o) Quando for aplicada a sedação do paciente para realização de procedimentos que não possuem porte anestésico deverá haver a justificativa técnica para a realização da mesma.

12.2.1 Honorários de Anestesia – Acompanhamento Anestésico

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

Tabela: Porte anestésico e valores para procedimentos sem porte previsto:

Porte	Código	Procedimentos
Acompanhamento Anestésico – Porte 1	90000001	Anestesia nos procedimentos clínicos ambulatoriais, exames específicos e testes para diagnóstico
Acompanhamento Anestésico – Porte 2	90000002	Raios-X, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada, Endoscopia diagnóstica, Medicina nuclear
Acompanhamento Anestésico – Porte 3	90000004	Ressonância magnética, Endoscopia intervencionista, Angioradiologia, radioterapia externa
Acompanhamento Anestésico – Porte 3	90000003	Procedimentos sem porte anestésico (não previsto) ou com porte 0 (zero), Procedimentos clínicos ambulatoriais

a) Para testes diagnósticos, os atos médicos praticados pelo Anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados só uma vez, desde que

devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente, autorizada pelo Saúde Recife e com registro no prontuário do ato anestésico;

b) Cabe ao anestesista verificar, antes de realizar o procedimento para o qual não há previsão/obrigatoriedade de participação do anestesista, se o acompanhamento anestésico foi autorizado. Somente os autorizados através da guia de acompanhamento anestésico poderão ser apresentados ao Saúde Recife para cobrança;

c) Quando houver necessidade do concurso de anesthesiologista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na classificação de honorários médicos referência/ Rol de Procedimentos do Edital de Credenciamento do Saúde Recife, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecimento para o PORTE 3.

d) Quando houver necessidade do concurso de anesthesiologista, nos atos médicos diagnósticos (inclusive endoscópicos) praticados por esse profissional estes serão valorados pelo porte 2, os terapêuticos pelo porte 3 e os diagnósticos + terapêuticos (inclusive endoscópicos intervencionistas) pelo porte 3. Portanto, paga-se o correspondente a apenas um porte anestésico, não importando o tempo de duração nem a simultaneidade com outro procedimento.

12.2.2 FLUXO DE COBRANÇA DE HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.

Nos casos em que o procedimento possua porte anestésico, os honorários médicos serão cobrados na guia do sistema informatizado do Saúde Recife. Para fins de cobrança a senha origem do procedimento será disponibilizada pelo hospital para o anestesista;

a) A cobrança deverá ocorrer mediante a geração da guia contendo os honorários médicos no sistema informatizado do Saúde Recife.

b) O prestador deverá entregar ao anestesista, para fins de cobrança, a guia de internação hospitalar ou de exames realizados, a descrição cirúrgica ou do procedimento, que junto ao boletim anestésico deverão ser entregues pelo anestesista na COOPANEST, como condição para o faturamento da conta junto ao Saúde Recife.

c) Caso a guia do honorário do anestesista não seja gerada automaticamente durante uma internação, o que pode ocorrer em procedimentos de urgência será de inteira responsabilidade do anestesista solicitar ao prestador o número da guia que foi posteriormente autorizada para o procedimento e realizar o acesso no sistema informatizado do Saúde Recife e assim gerar a guia de atendimento.

d) Somente procedimentos autorizados poderão gerar cobrança de honorários do anestesista. Caso ocorra eventual divergência entre a fatura de cobrança da COOPANEST, boletim de anestesia, descrição cirúrgica e a guia autorizada no sistema informatizado, poderão criar diferença no pagamento; uma vez que o sistema informatizado realiza o faturamento eletrônico a partir da guia registrada que nele está. Na falta da descrição cirúrgica, a conta ficará suspensa para faturamento até a apresentação desta.

e) Não será acatada a cópia da guia do procedimento para fins de cobrança do acompanhamento anestésico;

f) O pagamento dos honorários do anestesista será valorado segundo os portes constantes no anexo correspondente a Rol de Procedimentos definido no Edital Credenciamento - Saúde Recife – Anestesia, e a cobrança dos honorários deverão ocorrer conforme os portes referidos;

g) Em relação aos valores dos portes de anestesia pagos pelo Saúde Recife, são estabelecidas as regras a seguir:

- I. O Saúde Recife pagará, mensalmente, a COOPANEST, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme Rol de Procedimentos do Edital Credenciamento – Saúde Recife – Anestesia, acordado com a COOPANEST e editado pelo Saúde Recife;
- II. Na tabela o porte anestésico 0 (zero) significa NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA.

14.4. HONORÁRIOS MÉDICOS

- Os honorários médicos devidos à internação cirúrgica serão pagos conforme o local de atendimento coberto.

- Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, realizados em caráter de urgência/emergência, quando executados das 19:00 às 07:00 horas e em qualquer horário de domingos e feriados oficiais (contados do início da cirurgia), farão jus a um adicional de 30% ao valor de seu porte. A confirmação do horário da realização do procedimento, se fará através do prontuário médico. Os honorários dos atendimentos em horários especiais serão pagos, desde que:

- I. O atendimento requeira de fato realização em horário especial por indicação absoluta da condição do paciente, e não por conveniência da equipe;
- II. Os registros do atendimento estejam em conformidade com o exigido;
- III. As informações sejam comprobatórias da realização do serviço na sua completude (dados obrigatórios assentados no prontuário do paciente).

- Não serão acrescidos 30% sobre consultas médicas, visitas hospitalares, plantonista de UTI, tratamento conservador de fraturas, SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia) e honorários médicos de cirurgias eletivas.

- Nas intervenções por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

- Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de o cirurgião atuar em vários órgãos, regiões ou em múltiplas estruturas articulares, a partir da mesma via de acesso, o honorário da cirurgia será o que corresponde, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do valor deste para cada um dos demais atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto (código agregador).

- Cirurgias bilaterais: Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



- Ato integrante de outro: Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal. Vias de acesso não são pagas.
- Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, o pagamento será feito a cada uma das equipes de acordo com o valor do porte previsto para o procedimento que cada qual realizou.
- Nas cirurgias pediátricas realizadas em crianças com peso inferior a 2,500 g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.
- Os atos do médico assistente ou de especialistas prestado aos pacientes internados na UTI, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como acomodação coletiva, independente do local de origem do paciente, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário, e no limite de 3 (três) por semana.
- Nos atos cirúrgicos os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital até 10 (dez) dias após a cirurgia, não cabendo a cobrança de honorários médicos. Esgotado este prazo, os honorários médicos serão pagos na forma de Visita Hospitalar ao Paciente Internado.
- Da mesma forma não serão pagas as reoperações pela mesma morbidade, os curativos cirúrgicos realizados pelo cirurgião, bem como a retirada de pontos, dentro do prazo acima referido. Novos procedimentos cirúrgicos neste prazo, não relacionados ao primeiro, serão remunerados conforme tabela.
- Caso o paciente receba alta hospitalar e seja indicada reoperação para tratamento da mesma morbidade que gerou a internação anterior, antes de completados os dez dias de pós-operatório da primeira cirurgia, a equipe deverá ser remunerada.
- Não será pago a visita hospitalar na data da alta hospitalar.
- Nos casos cirúrgicos quando se fizer necessário o acompanhamento ou assistência de outro especialista, seus honorários serão pagos de acordo com o atendimento prestado no valor previsto na tabela negociada vigente. O acompanhamento por clínico deverá ser justificado e necessariamente autorizado pela regulação médica.
- Para o tratamento clínico em regime de internação, os honorários serão equivalentes aos de uma visita hospitalar.
- Quando o quadro do paciente clínico ou cirúrgico necessitar de acompanhamento por mais de um profissional, de especialidade diferente, se paga Visita Hospitalar especializada, desde que esteja registrada no prontuário e verificada pelo auditor, até o limite de 01 (uma), por semana. As exceções serão objeto de análise pela equipe de auditoria da Operadora, cabendo-lhes o direito de aprovar ou indeferir.
- Na terapia transfusional os honorários são pagos ao médico hemoterapeuta para cada unidade hemoterápica aplicada/retirada, desde que comprovada sua participação com registro no prontuário do paciente. O ato médico refere-se à instalação, no paciente, do sangue e ou de seus hemocomponentes, sob a responsabilidade deste especialista.

- Os honorários médicos relativos a tratamento clínico de problemas ortopédicos, em regime de internação, equivalem a uma visita hospitalar.

- A cobrança de honorários para médicos credenciados ao Saúde Recife, só poderá ser realizada através da geração da guia no sistema informatizado da saúde recife, que deve ser fornecida pelo Prestador hospitalar onde foi realizado o procedimento.

- As guias de cobrança de honorários deverão ser entregues na Central de Serviços do Saúde Recife, acompanhado da produção mensal para fins de auditoria.

- Não cabe cobrança de honorários para a primeira imobilização gessada nos procedimentos cirúrgicos ortopédicos e traumatológicos. A exceção é para a primeira imobilização em tratamento clínico (entorses, contusões e distensões musculares, p. ex.).

- Se houver a indicação para colocação simultânea de mais de um aparelho gessado, os honorários médicos para o primeiro correspondem a 100% do valor do seu porte. Para os demais, 70% daquele valor.

- Não cabe a cobrança de honorários para troca de aparelho gessado realizada em ato posterior, porque a mesma está inclusa no valor do porte do novo procedimento realizado.

- Nos procedimentos radiológicos o pagamento dos honorários previstos cabe somente ao profissional especializado, o radiologista, com comprovação de residência médica e/ou título de especialista, todo o corpo clínico da empresa de serviços auxiliares de diagnóstico deverão ser informados com os respectivos currículos para serem cadastrados pelo Saúde Recife.

- No caso de parto múltiplo, o atendimento ao recém-nascido, para efeito de valoração, será considerado individualmente.

- Quando realizado angiografia diagnóstica e/ou radiologia intervencionistas sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto:

- a) Se a atuação se deu em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a valoração do radiologista corresponde, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

- b) Se ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte do procedimento considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

- c) Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

Procedimentos de Fisiatria deverão ser realizados exclusivamente por médicos fisiatras, com comprovação ao Plano de sua titularidade (título de especialista), devendo a cobrança dos honorários relativos a esta assistência ser efetuada mediante lançamento, na guia de serviços, dos códigos específicos para estes profissionais.

Os honorários pagos pelo atendimento ao queimado dão-se segundo a Unidade Topográfica -UT tratada. Por UT entende-se o segmento do corpo delimitado por uma área aproximada de 9% de superfície corpórea, que no corpo humano são em número de 11 (onze),

ou seja: cabeça e pescoço; cada um dos membros superiores; face anterior do tórax; face posterior do tórax; abdome; nádegas (da cintura à raiz da coxa); cada uma das coxas e cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT, à parte, de 1%.

Sobre os honorários para PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR VÍDEO: Verificar a cobertura contratual e a autorização emitida.

Os honorários médicos dos procedimentos cirúrgicos realizados por vídeo são pagos de acordo com os seus respectivos portes, sem incidência de acréscimos, estando sujeitos às condições gerais de internação.

Quando um ato cirúrgico por videolaparoscopia for convertido para técnica convencional, os honorários corresponderão ao porte do procedimento realizado de forma convencional.

Quando um ato cirúrgico por videolaparoscopia diagnóstica for convertido para cirúrgica, paga-se os honorários correspondentes a última.

Honorários de AUXÍLIO CIRÚRGICO, cabem as seguintes regras gerais:

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

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

Segundo e terceiro auxiliares - 20%, quando o ato exigir.

Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, os auxiliares serão remunerados de acordo com os auxílios previstos para cada ato cirúrgico, em conformidade com os procedimentos dos quais, comprovadamente, participarem.

Quando forem realizadas cirurgias distintas, porém com auxiliares comuns, a remuneração dos auxiliares seguirá o estabelecido nas regras para atuação em vários órgãos pela mesma via de acesso ou por vias diferentes.

Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

A constatação da participação de auxiliares deverá ser realizada por meio da descrição sumária e assinatura nos documentos de registro do atos cirúrgicos tais como Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala. Havendo ausência ou divergências, inclusive com outra caligrafia, os honorários não deverão ser pagos. Somente serão pagos os auxiliares que prestarem efetivamente o serviço.

Observações:

a) O Saúde Recife não paga instrumentador cirúrgico.

b) Constitui dolo a cobrança de auxílio cirúrgico sem a presença do(s) auxiliar(es) (Código de Ética Médica).

14.5.HONORÁRIOS DO INTENSIVISTA PLANTONISTA E DIARISTA DE UTI:



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



- UTI é uma acomodação coletiva especializada no atendimento de pacientes graves e clinicamente requerendo cuidados de terapia intensiva, com assistência médica permanente.
- Os honorários de plantonista de UTI devem ser pagos com base na acomodação coletiva de UTI e não poderão ser complementados, independentemente de ser o paciente originário de enfermaria, apartamento ou de acesso direto.
- Os honorários dos médicos intensivistas plantonista de UTI serão pagos por plantão de 12 horas corridas, e por paciente, de acordo com os valores da tabela de honorários vigentes, independente do plano do usuário.
- Quando a modalidade de pagamento das diárias for GLOBAL, já está incluso o honorário do plantonista e diarista, não cabendo cobrança em separado.
- Os procedimentos por ele realizados (intubação, cardioversão, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, punção venosa tipo intracath) estão inclusos em seus honorários. Por outro lado, não estão incluídos nos honorários do plantonista, procedimentos tais como diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia, que serão valorados à parte, de acordo com seus portes, para o profissional que os realizou.
- O atendimento do intensivista diarista (não plantonista), quando comprovadamente houver, será remunerado por dia (a cada 24 h) e por paciente, desde que efetivamente realizado e registrado no prontuário do paciente.
- Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como Visita Hospitalar e Parecer de Especialista, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.
- Os atos do médico assistente (cobrado no código de visita) ou de especialista (cobrado no código da especialidade) nos pacientes internados na UTI, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como acomodação coletiva, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário (máximo 3 por semana).

14.6. ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICOS

- As áreas cobertas pela Saúde Recife para atendimento por estes profissionais são: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição.
- O atendimento nestas áreas necessita da indicação e solicitação do médico assistente para sua realização, tendo a solicitação validade de até 30 (Trinta) dias após a data da mesma, para serem ou não autorizados na Central de Serviços, dentro dos limites estipulados pelo plano.
- As solicitações deverão ser feitas no FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO SERIADO AMBULATORIAL (FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, TERAPIA GLOBAL, NUTRIÇÃO), à disposição para download na página principal do Saúde – Recife.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



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

- Para fins de auditoria todas as guias de sessões de terapias seriadas confirmadas entre os dias 21 a 20 de cada mês deverão ser entregues no Saúde Recife até o dia 10 do mês subsequente ao mês de produção;

14.6.1.FISIOTERAPIA AMBULATORIAL

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

Caberá ao fisioterapeuta planejar e organizar o Plano de Assistência Fisioterápica (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente.

As sessões ambulatoriais de fisioterapia somente poderão ser realizadas por profissionais ou entidades credenciadas pelo Saúde Recife e remuneradas de acordo com a tabela vigente.

O Plano de Assistência Fisioterápica deverá conter os seguintes dados:

- a) Sobre a solicitação médica: diagnóstico, CID e tratamento indicado.
- b) Do beneficiário: Nome, idade, sexo, número do cartão e endereço.
- c) Do Prestador: Prestador, endereço, profissional solicitante.
- d) Descrição do grupo da fisioterapia: Motora, respiratória, cardiológica, neurológica.
- e) Descrição da fisioterapia: Tipo de terapia/tratamento que vai ser aplicada, indicações cientificamente reconhecidas para a patologia em tratamento.
- f) Previsão de duração do tratamento: Quanto ao tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar.
- g) Cabe a cobrança, pelo fisioterapeuta, de 01 (uma) avaliação inicial do tratamento indicado pelo médico assistente.
- h) Não será considerada nova avaliação, para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso/mesma patologia, avaliação de retorno ou avaliação para revisão de procedimento.
- i) As avaliações e sessões de fisioterapia realizadas deverão ser confirmadas no sistema eletrônico do Saúde Recife.
- j) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, conforme regra descrita abaixo.

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

- a) O Saúde Recife cobre exclusivamente os procedimentos fisioterápicos constantes da

Tabela de fisioterapia: procedimentos e valores por sessão.

- b)** A solicitação deverá ser feita na GUIA DE TRATAMENTO SERIADO AMBULATORIAL (FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTRIÇÃO), à disposição para download na página principal do Saúde Recife.
- c)** A confirmação para o atendimento do beneficiário, será feita por meio da:
 - I- Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo Saúde Recife;
 - II- Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - III- Assinatura do controle de frequência na GUIA SP/SADT em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - IV - Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.
- d)** A quantidade máxima de sessões/beneficiário/ano inicialmente autorizada para fins de regulação é de 30 (trinta), e requer autorização prévia do setor de Regulação do Saúde Recife;
- e)** A solicitação médica é limitada a 01 (um) tipo por vez (motora ou respiratória), a 10 sessões por autorização/evento, totalizando o máximo de 30 sessões, autorizadas em três grupos de 10 (dez).
- f)** Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia presencial/opinião especializada.
- g)** As autorizações para realização da(s) sessão(ões) terão uma validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada.
- h)** Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às aqui previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia presencial/opinião especializada.
- i)** A indicação de continuidade de tratamento (prorrogações), para a mesma patologia, requer nova solicitação e justificativa médica consubstanciada tecnicamente, inclusive indicando a efetividade e resolutividade para o paciente.
- j)** A comprovação da realização do atendimento requer a assinatura do assistido, a cada sessão, na guia do Saúde Recife.
- k)** As guias autorizadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas imediatamente.
- l)** A cobrança da assistência fisioterapêutica ambulatorial deverá ser efetuada mediante lançamento, no GUIA SP/SADT com a descrição do procedimento fisioterápico, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido GUIA.

14.6.2 -FONOAUDIOLOGIA AMBULATORIAL

A indicação de tratamento em fonoterapia é do médico assistente do paciente, a quem cabe encaminhar para a realização do mesmo, com indicação tecnicamente consubstanciada das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia a tratar.

Caberá ao fono terapeuta planejar e organizar o Plano de Assistência em fonoterapia (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente.

As sessões ambulatoriais de fonoaudiologia somente poderão ser realizadas por profissionais ou entidades credenciadas pelo Saúde Recife e remuneradas de acordo com a tabela vigente.

O Plano de Assistência em fonoterapia deverá conter os seguintes dados:

- a) Sobre a solicitação médica: diagnóstico, CID e tratamento indicado;
- b) Do beneficiário: nome, idade, sexo, número do cartão e endereço;
- c) Do Prestador: prestador, endereço, profissional solicitante;
- d) Descrição do tratamento fisioterápico;
- e) Descrição da fonoterapia: plano de tratamento /tipo de terapia/tratamento que vai ser aplicado, indicações cientificamente reconhecidas para a patologia em tratamento;
- f) Previsão de duração do tratamento: quanto ao tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar;
- g) Cabe a cobrança, pelo fono terapeuta de 01 (uma) avaliação inicial do tratamento indicado pelo médico assistente.;
- h) Não será considerada nova avaliação, para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso/mesma patologia, avaliação de retorno ou reavaliação para revisão da terapia;
- i) As avaliações e sessões de fonoterapia realizadas deverão ser solicitadas e autorizadas no sistema eletrônico do Saúde Recife;
- j) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, conforme regra descrita abaixo.

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO.

- a) O Saúde Recife cobre exclusivamente os procedimentos de fonoaudiologia constantes da Tabela de fonoaudiologia: procedimentos e valores por sessão;
- b) A solicitação deverá ser feita na GUIA DE TRATAMENTO SERIADO AMBULATORIAL (FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTRIÇÃO), à disposição para download na página principal do Saúde Recife;

- c) A confirmação para o atendimento do beneficiário, será feita por meio da:
- I-Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo Saúde Recife;
 - II-Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - III-Assinatura do controle de frequência na GUIA SP/SADT em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - IV-Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.
- d) O programa de tratamento cobrirá inicialmente para fins de regulação 12 sessões anuais de exercícios fonoaudiológicos, identificados como necessários para o caso específico, por um período previsto de no máximo 03 (três) meses, não cumulativos;
- e) A quantidade máxima de sessões permitidas, por autorização/evento, é de 04(quatro);
- f) Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia presencial/opinião especializada;
- g) As autorizações para realização da(s) sessão(ões) terão uma validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada;
- h) A indicação de continuidade de tratamento (prorrogações), para a mesma patologia, requer nova solicitação e justificativa médica consubstanciada tecnicamente, inclusive indicando a efetividade e resolutividade para o paciente;
- i) A comprovação da realização do atendimento requer a assinatura do assistido, a cada sessão, na guia do Saúde Recife;
- j) As guias autorizadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas imediatamente.

14.6.3. PSICOLOGIA

A assistência em psicologia será oferecida ao beneficiário do Saúde Recife a partir da **solicitação do profissional médico da área de saúde mental**, contendo a indicação e justificativa do tratamento proposto.

O atendimento ambulatorial em psicologia dar-se-á **exclusivamente para os procedimentos cobertos pelo Saúde Recife**, constante da Tabela de Procedimentos de Psicologia, devendo ter **autorização prévia**.

As sessões ambulatoriais de psicologia somente poderão ser realizadas por profissionais ou entidades credenciadas pelo Saúde Recife e remuneradas de acordo com a tabela vigente.

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

- a) A solicitação da consulta deverá ser feita na GUIA DE TRATAMENTO SERIADO



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



AMBULATORIAL (FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTRIÇÃO), à disposição para download na página principal do Saúde Recife ;

b) A confirmação para o atendimento do beneficiário, será feita por meio da Autorização da Guia solicitada, através do Sistema Informatizado do Saúde Recife.

c) Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo Saúde Recife;

d) Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;

e) Assinatura do controle de frequência no GUIA SP/SADT, em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;

f) Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.

g) Para fins de regulação, inicialmente, serão autorizadas até 04 sessões mensais, identificadas como necessárias para cada caso específico. Após o prazo de 1 anos, o prestador enviará relatório a regulação para continuidade do processo terapêutico, caso necessário.

h) A quantidade máxima de sessões permitidas, por autorização/evento, é de 04(quatro);

i) Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia presencial/opinião especializada;

j) As autorizações para realização da(s) sessão(ões) terão uma validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada;

k) A indicação de continuidade de tratamento (prorrogações), para a mesma patologia, requer nova solicitação e justificativa médica consubstanciada tecnicamente, inclusive indicando a efetividade e resolutividade para o paciente;

l) A comprovação da realização do atendimento requer a assinatura do assistido, a cada sessão, na guia do Saúde Recife;

m) As guias autorizadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas imediatamente.

REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO (APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO)

A cobrança da assistência em psicologia ambulatorial deverá ser efetuada mediante autorização prévia da solicitação de atendimento, a descrição do procedimento fisioterápico, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido GUIA.

Nos casos de crianças ou incapazes, além da assinatura da guia, pelo acompanhante



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



responsável, deverá conter a informação de próprio punho do grau de parentesco do acompanhante, número de documento de identidade e CPF do mesmo ;

Nunca, em hipótese alguma, a guia deverá ser assinada pelo credenciado, caso seja confirmada este procedimento as guias entregues com esta inconformidade será motivo de glosa permanente sem direito a recurso;

REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

- Cabe a cobrança, pelo psicólogo, de 01 (uma) consulta/avaliação quando do início do tratamento indicado pelo médico assistente;
- Não será considerada nova consulta/avaliação, para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso da mesma patologia , também não cabem consulta/avaliação de retorno ou consulta/avaliação para revisão de procedimento;
- As consultas/avaliações de psicologia realizadas deverão ser autorizadas no sistema eletrônico do Saúde Recife;
- Caberá ao psicólogo planejar e organizar o Plano de Assistência em Psicologia (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, estritamente de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente;
- O Plano de Assistência em Psicologia deverá conter os seguintes dados:
 - a) Sobre a solicitação médica: diagnóstico, CID e tratamento indicado;
 - b) Do beneficiário: Nome, idade, sexo, número do cartão e endereço;
 - c) Do Prestador: Prestador, endereço, profissional solicitante;
 - d) Descrição do tratamento: Indicação do distúrbio psicológico objeto do tratamento;
 - e) Descrição da terapia: Tipo de terapia/tratamento que vai ser aplicada, à luz das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia em tratamento;
 - f) Previsão de duração do tratamento: Quanto tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar;
 - g) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, na forma descrita nos itens a seguir;
- As autorizações para iniciar o tratamento /início da(s) sessão(ões) deverão ser agendadas em de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada;
- As autorizações emitidas deverão ser realizadas em até 30 dias (tempo máximo de validade para realizar o tratamento por autorização dada), após o que a autorização será considerada inválida;
- O Saúde Recife inicialmente tem o limite anual de 40 sessões de psicoterapia/ano por beneficiário, a depender da severidade do Cid 10 apresentado em laudo para avaliação da regulação do Saúde Recife
- A confirmação da consulta e da realização das sessões, no momento de atendimento do beneficiário, será feita por meio da:
 - a) Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo Saúde Recife;



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde



Credenciamento 001/2018

- b) Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
- c) O credenciado deverá emitir guia autorizada constante no site do Saúde Recife, para controle de frequência que deverá ser assinada pelo beneficiário ou seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
- d) As guias impressas arquivadas deverão estar disponíveis na unidade para efeito de auditoria por um período de 05 anos, após o atendimento;
- e) As guias autorizadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, deverão ser obrigatoriamente canceladas;
- f) Serão autorizadas até 40 sessões anuais em psicoterapia individual a depender da severidade do CID10 apresentado em laudo para avaliação da Regulação do Saúde Recife.

14.6.4. ATENDIMENTO NUTRICIONAL

O atendimento nutricional compreende a **realização de consultas com o nutricionista**, para que por meio dos métodos objetivos e subjetivos aplicáveis, possam ser identificados distorções/distúrbios nutricionais, com vistas a possibilitar uma intervenção adequada, de forma a poder auxiliar a recuperação e, ou, manutenção do estado de saúde do indivíduo, por meio da associação de vários indicadores para garantir a precisão e a acurácia do diagnóstico nutricional.

A cobertura deste atendimento dar-se-á em observância aos requisitos a seguir listados:

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

REGRAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL

- Trata-se do atendimento prestado pelo Nutricionista com horário marcado, ao beneficiário do Saúde Recife em consultório, ambulatório de hospitais;
- Nas consultas eletivas, não serão cobrados pelo credenciado taxas, materiais ou medicamentos; O beneficiário só poderá ser atendido depois de realizada a verificação de sua regularidade cadastral no sistema Saúde Recife pelo credenciado;
- As guias de atendimento deverão ser solicitadas pelo credenciado e assinadas pelo beneficiário que será atendido, nos casos de crianças ou incapazes, além da assinatura da guia, pelo acompanhante responsável, deverá conter a informação de próprio punho do grau de parentesco do acompanhante, número de documento de identidade e CPF;
- Nunca, em hipótese alguma, a guia deverá ser assinada pelo credenciado, caso seja confirmada este procedimento as guias entregues com esta inconformidade serão motivos de glosa permanente sem direito a recurso;
- Para fins de regulação não serão remunerados os retornos de consultas eletivas para

verificação de exames ou avaliação de procedimento (s) realizado (s) que caracterizem continuidade do atendimento ou consulta anterior;

- Não será considerado consulta, para fins de remuneração como tal, os atendimentos para a emissão de declarações de atestados.
- Todas as consultas de Nutrição deverão ser solicitadas no sistema eletrônico do Saúde Recife, ocasião em que o sistema informatizado verifica se o beneficiário atingiu o seu limite mensal de consultas, para fins de regulação, de acordo com as normas do sistema Saúde Recife. Caso o limite mensal do beneficiário tenha sido atingido o sistema emite uma mensagem informando sobre o impedimento para a realização de consulta eletiva, naquele momento;

***A solicitação da assistência em nutrição deverá ser efetuada mediante lançamento, na GUIA SP/SADT, anexando em sistema a descrição do tratamento realizado, respectivo código e número de consultas, descritas no item Plano de Tratamento do referido GUIA.**

15. ATENDIMENTO GLOBAL

O Tratamento Global é preferencialmente indicado em pacientes com:

- a) Paralisia cerebral,
- b) Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH),
- c) Retardo do desenvolvimento psicomotor

O Tratamento Global inclui o acompanhamento dos pacientes nas seguintes áreas, no todo ou em parte (mínimo 04 profissionais): Psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, Terapia Ocupacional e psicopedagogia, e será realizado na seguinte forma:

- (a) Sessões de terapia ocupacional, incluindo o treino da atividade da vida diária;
- (b) Sessões de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicopedagogia, psicomotricidade e fonoaudiologia.

OBSERVAÇÃO:

O Tratamento Global somente poderá ser solicitado pelos especialistas: Psiquiatra, Neurologista e Neuropediatra.

É necessária autorização prévia para início do tratamento.

O Saúde Recife inicialmente tem o limite anual de 12 pacotes (32 sessões cada pacote) de Tratamento Global / ano por beneficiário. Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às aqui previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia especializada presencial.

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

Para a solicitação do tratamento global por meio de sessões individuais cabe ao médico assistente informar por meio da Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial com Atendimento Global:

- a) a quantidade de sessões que o paciente necessita;

b) a previsão da duração do tratamento.

A solicitação de tratamento subsequente requer nova solicitação médica, anexando o laudo com CID e evolução clínica do tratamento em Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial com Atendimento Global, devidamente preenchida pelos profissionais que fazem o acompanhamento do beneficiário.

A cobrança do atendimento global deverá ser efetuada mediante lançamento, no GUIA SP/SADT no site do Saúde Recife.

O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor global negociado, conforme Tabela Própria do Saúde -Recife vigente.

As sessões solicitadas devem autorizadas previamente, no momento do atendimento o credenciado deverá imprimir uma guia para a assinatura do beneficiário ou seu responsável. Nos casos de crianças ou incapazes, além da assinatura da guia, pelo acompanhante responsável, deverá conter a informação de próprio punho do parentesco do acompanhante, com o documento de identidade.

16. ATENDIMENTO GLOBAL – TEA

Este tratamento é exclusivamente indicado em pacientes diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista e com idade limite de 18 anos.

Neste pacote inclui o acompanhamento dos pacientes nas seguintes áreas, no todo ou partes (mínimo 04 profissionais): Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicopedagogia, e será realizado na seguinte forma:

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

OBSERVAÇÃO:

O Tratamento Global – TEA somente poderá ser solicitado pelos especialistas: Psiquiatra, Neurologista e Neuropediatra, é necessária autorização prévia para início do tratamento, com prazo máximo de (05) cinco dias úteis.

O Saúde Recife tem o limite anual de 12 pacotes (32 sessões cada pacote) de Tratamento Global – TEA /ano por beneficiário. Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às aqui previstas, deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia especializada presencial.

As consultas eletivas de reavaliação destes beneficiários com diagnóstico de TEA - Transtorno do espectro do Autismo com médico assistente (Neurologista, Neuropediatra ou psiquiatra infantil), deverão ocorrer no período de no mínimo seis meses. Já as evoluções dos

técnicos especializados da equipe multidisciplinar deverão ocorrer trimestralmente ou quando se fizer necessário ou for solicitado por nossa regulação em saúde mental.

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

Para a solicitação do Tratamento Global – TEA por meio de sessões individuais cabe ao médico assistente informar por meio da Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial com Atendimento Global – TEA:

- a) a quantidade de sessões que o paciente necessita;
- b) a previsão da duração do tratamento.

A solicitação de Tratamento subsequente requer nova solicitação médica, anexando o laudo com CID e evolução clínica do tratamento em **Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial com Atendimento Global – TEA**, devidamente preenchida pelos profissionais que fazem o acompanhamento do beneficiário.

As sessões solicitadas devem ser autorizadas. No momento do atendimento o credenciado deverá imprimir uma guia para a assinatura do beneficiário ou seu responsável. Nos casos de crianças ou incapazes, além da assinatura da guia, pelo acompanhante responsável, deverá conter a informação de próprio punho do parentesco do acompanhante, com o documento de identidade.

17. CIRURGIA AMBULATORIAL/PEQUENAS CIRURGIAS/TRATAMENTOS AMBULATORIAIS

REGRAS GERAIS

- a) As pequenas cirurgias ou cirurgias ambulatoriais necessitam de autorização prévia para sua realização. O Credenciado deverá solicitar autorização em sistema, incluindo em anexo a guia a solicitação, laudos, relatórios e resultados de exames complementares pertinentes, para realizar a perícia médica;
- b) Exigem o registro da descrição da cirurgia e da anestesia, se houver;
- c) Não será devido o pagamento do ato anestésico, caso o mesmo profissional realize simultaneamente a cirurgia e a anestesia, conforme legislação.

TRATAMENTOS ESPECIAIS EM AMBULATÓRIO

17.1.1- TRATAMENTO DO CÂNCER

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

TIPOS TRATAMENTO SISTÊMICO DO CÂNCER.

- **Quimioterapia:** Tratamento sistêmico do câncer por meio do uso de medicamentos denominados genericamente de “quimioterápicos”, seja os propriamente ditos ou os

hormonioterápicos, os bioterápicos, os imunoterápicos ou os alvos terapêuticos, administrados continuamente ou a intervalos regulares, variando de acordo com os esquemas terapêuticos.

- **Hormonioterapia:** Quimioterapia que consiste do uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios, para tratar as neoplasias que são dependentes destes, com administração diária ou cíclica, em geral de longa duração.
- **Bioterapia:** Quimioterapia na qual se usam medicamentos que inicialmente foram identificados como substâncias naturais do próprio corpo humano.
- **Alvo Terapia:** Quimioterapia que consiste na utilização de substâncias que atuam mais seletivamente em alvos moleculares ou enzimáticos específicos, para o que se exige a positividade de exames que demonstrem a presença desses alvos.
- **Estadiamento:** Forma resumida de descrever a doença, agrupando os casos com características semelhantes – em categorias, e com base na extensão da doença.

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

- a) Localização primária e tipo histológico do tumor;
- b) Tamanho do tumor;
- c) Invasão e extensão tumoral para tecidos regionais ou distantes;
- d) Envolvimento para linfonodos regionais;
- e) Metástases à distância;
- f) Número de tumores primários (multiplicidade de tumores).

TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO EM QUIMIOTERAPIA

Na quimioterapia, o tratamento é feito de forma contínua ou por ciclos, e a tabela de procedimentos refere-se a um esquema terapêutico, no valor de um ciclo, com o total de ciclos informados quando da solicitação do primeiro ciclo e solicitação de cada ciclo subsequente;

Os procedimentos quimioterápicos raramente se repetem, havendo, em geral, mudança de esquema terapêutico, mudando a linha ou a finalidade, o que requer um novo planejamento terapêutico global;

Toda solicitação de tratamento sistêmico do câncer com quimioterápicos deverá ser feita exclusivamente pelo oncologista, por meio do GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA, à disposição para download na página principal do Saúde Recife – www.recife.pe.gov.br/sauderecife este deverá ser preenchido na sua totalidade, sem o que será objeto de devolução para o cumprimento das regras de solicitação;

As solicitações deverão ter a autorização prévia do auditor da Central de Serviços do Saúde

Recife;

O Saúde Recife cobre as seguintes modalidades de tratamento quimioterápico:

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

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

PROCEDIMENTOS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

Para fins de cobrança e pagamento do tratamento quimioterápico, o prestador deve encaminhar junto com a fatura a GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA original, autorizada pelo médico regulador/auditor e a Ficha de Frequência assinado pelo paciente ou responsável;

Caberá cobrança e pagamento de honorários profissionais somente quando o paciente fizer uso de drogas que requeiram o monitoramento presencial do médico oncologista.

MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

a) O pagamento dos medicamentos para o tratamento do câncer está subordinado à pertinência da indicação, efetiva administração e fracionamento, quando se aplicar. Os medicamentos a serem utilizados deverão ser exclusivamente os genéricos, nacionalizados e reconhecidos pela ANVISA, conforme portaria do Ministério de Saúde;

b) Quando for imperiosa a utilização de medicamento de marca, e havendo do mesmo, o genérico, será pago o valor deste último. Na inexistência de genérico, será pago o de menor preço;

c) Quando não houver a descrição da marca do genérico, em fatura, será paga a de menor valor constante no Brasíndice, pelo Preço de Fábrica, acrescidos de 20%;

d) O guia de referência para pagamento de medicamentos oncológicos é a Revista Brasíndice (lista referencial), da competência do atendimento realizado;

e) Para os medicamentos de uso restrito a hospitais e clínicas, assim identificados no guia Brasíndice como (restrito hospital), in verbis, a título de cobertura das atividades da cadeia que vai da aquisição à dispensação, e considerando o porte do CONTRATADO, serão acrescidos 20%, ao preço de fábrica;

f) Para os medicamentos não classificados na forma do anterior (os classificados como quimioterápicos/antineoplásicos), o valor a ser pago corresponde ao PMC (Preço Máximo ao Consumidor);

g) Toda aplicação de quimioterapia deverá ser previamente solicitada em GUIA próprio do Saúde Recife (REGULAÇÃO: GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA CONTA ABERTA), avaliada pelo médico regulador/auditor da Central de Serviços do Saúde Recife, sede, para fins de autorização;

h) Para fins de cobrança e pagamento o prestador deve encaminhar junto com a fatura que lista a produção em cobrança, a Guia para Solicitação de Quimioterapia original, autorizado pelo médico regulador/auditor, bem como o Formulário de Frequência assinado pelo paciente ou responsável;

i) Os medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura conforme descrito no Brasíndice (nome, concentração, apresentação, fabricante e quantidade cobrada, e outros dados inerentes ao produto);

j) Toda e qualquer medicação será paga de forma fracionada.

k) A autorização de fármacos adjuvantes ao tratamento do câncer deverá ser previamente solicitada na GUIA próprio do Saúde Recife (REGULAÇÃO: GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA CONTA ABERTA), informando os dados solicitados, para que possa ser avaliada pelo regulador/auditor da Central de Serviços do Saúde Recife, para fins de autorização;

MATERIAIS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

1. A utilização de materiais/equipamentos deve estar relacionada à pertinência das indicações, prescrição (adequação da quantidade), a real utilização, os benefícios, resultados e efetividade;

2. Para materiais especiais e de alto custo, particularmente, o uso deve estar fundamentado em uma questão concreta de saúde baseada em evidências sendo imprescindível a indicação correta, o benefício ao paciente e a efetividade do uso;

3. O reúso de materiais obedece ao disposto na RDC ANVISA vigente;

4. Não poderá ser incluso novo material descartável/especial sem a negociação previa por ambas as partes, e anuência do Saúde Recife.

5. Os materiais descartáveis e especiais serão pagos de acordo com a Tabela de Descartáveis, própria do Saúde Recife, com o referencial da quantidade e o valor unitário além da quantidade e valor total cobrado;

6. Todos os materiais que não estiverem contemplados na tabela de descartáveis própria, serão pagos com base na revista SIMPRO ou BRASÍNDICE da competência do atendimento, sempre pelo menor valor;

7. Para materiais especiais considerados de alto custo, com valor unitário acima de R\$200,00, é necessária autorização prévia do Regulador do Saúde Recife.

8. Para fins de cobrança deve ser anexado ao prontuário do paciente o comprovante de uso e quantidade (selo, código de barras e afins), bem como anexar à cobrança da produção junto com o original da autorização, assim como o visto do Auditor do Saúde Recife in loco;

9. Para uso de determinados materiais/equipamentos haverá a necessidade da pertinência e correlação de uso estarem adequadas (droga x infusão controlada por meio de bomba).

TAXAS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

O Saúde Recife cobre o pagamento das seguintes taxas de sala:

a) Taxa de sala de quimioterapia; e

b) Taxa de sala para procedimento ambulatorial, exceto para aplicação de droga intramuscular ou subcutânea. 2. Quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento, não poderão ser cobradas à CONTRATANTE, sem prévia negociação entre as partes.

TRATAMENTO DO CÂNCER COM RADIOTERAPIA

• Informações gerais

Entende-se por Tratamento Radioterápico aquele que utiliza as radiações ionizantes no tratamento local ou loco regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas.

O Saúde Recife cobre as seguintes modalidades de tratamento radioterápico:

a) Neoadjuvante: Aplicada para diminuir o volume do tumor, com o objetivo de facilitar a cirurgia, possibilitar a preservação de um membro, permitir uma cirurgia e menos mutilador. Usada em tumores em reto baixo, sarcomas de partes moles e estômago;

b) Adjuvante quando associada à quimioterapia ou a cirurgia Aplicada em regiões na cabeça e no pescoço, do colo e corpo uterino, pulmão, esôfago, sistema nervoso central (SNC), mama, linfomas etc;

I. Curativa: Quando é considerada a principal arma no combate ao câncer, podendo ser associada à quimioterapia ou utilizada em casos nos quais a cirurgia não é possível ou de alto risco para o paciente. Aplicada em regiões na cabeça e no pescoço, tumores localmente avançados do colo e corpo uterino, canal anal, pulmão, esôfago, sistema nervoso central (SNC), etc;

II. Paliativa: Tendo por objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico, (melhora da dor, redução de sangramento ou outros sintomas)

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO EM

RADIOTERAPIA

- **Dados da solicitação**

A solicitação eletiva para realização de radioterapia é exclusiva do médico oncologista credenciado do SR, para a realização pelo médico rádio oncologista, e deverá ser encaminhada para a Central de Serviços do Saúde Recife, para fins de regulação/autorização.

Ao médico rádio oncologista cabe verificar a indicação da radioterapia, prescrever o tratamento radioterápico, planejar, direcionar o tratamento, decidir qual o tipo de feixe de radiação, técnica de tratamento a ser utilizada e dose de radiação a ser administrada a cada paciente, o radioterapeuta, a quem cabe a solicitação do procedimento em questão, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em oncologia, GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA, à disposição para download na página principal do Saúde Recife.

- **Procedimentos cobertos**

I. A Tabela utilizada para a remuneração é a Tabela Própria do Saúde Recife, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado;

II. Para a remuneração de qualquer procedimento solicitado deverá ser gerada uma guia no sistema informatizado.

III. Toda solicitação de procedimento médico, deverá basear-se em dados clínicos consistentes, apoiados em resultados de exames complementares que corroborem a solicitação. Após análise técnica do setor de regulação do Saúde Recife o procedimento será autorizado, neste caso em uma guia do sistema informatizado.

- **Aplicação por sessão**

I. As sessões de radioterapia têm como finalidade o tratamento curativo ou paliativo de patologias oncológicas, que possuam na literatura especializada uma comprovada eficácia do tratamento, como terapia, fundamentada em medicina baseada em evidências;

II. Toda solicitação deverá ser previamente autorizada pelo Saúde Recife, o profissional deverá justificar a indicação, através de relatório técnico, resultado de biópsia e exames complementares, para análise e autorização do regulador do Saúde Recife, responsável por esta atividade, na Central de Serviços do Saúde Recife;

III. Tanto a validade da solicitação do oncologista assistente quanto a validade da solicitação do radioterapeuta (guia eletrônica de realização das sessões de radioterapia), é de 60 (sessenta) dias, a contar da data da autorização;

IV. Vale referir que na primeira guia autorizada a quantidade de megavoltagem refere-se a aplicação desta em um período de 30 dias. As sessões seguintes deverão ser solicitadas em novas guias para complementar o tratamento por novos períodos, sempre de 30 dias para aplicação, até o final do tratamento.

17.2. TRATAMENTO DIALÍTICO



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



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

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA DIALÍTICA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

b) A Terapia Renal Substitutiva é realizada por meio de sessões de hemodiálise, com duração média de três a quatro horas, têm como finalidade filtrar os líquidos extracorporais do sangue, por meio do dialisador, substituto das funções renais;

c) A solicitação para a realização do tratamento dialítico através de sessões semanais deverá ser realizada através de sistema informatizado do Saúde Recife, para análise técnica do auditor responsável por esta atividade, na Central de Serviços do Saúde Recife;

d) Serão autorizadas no máximo três sessões por semana, com um total máximo de 15 (quinze)/sessões autorizadas por mês;

e) As sessões seguintes deverão ser solicitadas em novas guias para continuidade do tratamento por novos períodos, sempre no total máximo de 15 para aplicação em três sessões semanais;

f) A validade da solicitação (guia eletrônica de realização das sessões de hemodiálise), é de 30 (trinta) dias, a contar da data da autorização. Após este prazo, não havendo confirmação do atendimento, é automaticamente cancelada;

g) Avaliada a solicitação e autorizada pelo Saúde Recife, a guia de autorização será fornecida, validando a realização e cobrança dos serviços;

h) A confirmação do atendimento deverá ser realizada através da assinatura do paciente ou responsável na Guia de Frequência, que deverá ser encaminhada acompanhada da cobrança da produção, à disposição para download na página principal do Saúde Recife.

i) O prestador credenciado deve manter arquivados a documentação de solicitação do tratamento dialítico, de medicamentos excepcionais e de controle de frequência individual;

j) Na internação de paciente com insuficiência renal crônica, com intercorrências clínicas ou cirúrgicas, na cobrança da hemodiálise ou da DPI serão considerados os dados sobre o diagnóstico, clínica e procedimento solicitado, registrados no prontuário do paciente;

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: ATENDIMENTO NO FORMATO DE PACOTE

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

HEMODIAFILTRAÇÃO

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

Tem por objetivo Descrever as principais indicações de hemodiafiltração para pacientes no estágio V da doença renal crônica sem instabilidade hemodinâmica.

Indicações:

- Pacientes diabéticos- Pacientes não diabéticos com idade inferior a 60 anos;
- Pacientes com hipotensões inter-dialíticas (aqueles que têm hipotensão fora do tratamento dialítico) que ocasionam quedas, arritmias após hemodiálise ou no dia sem hemodiálise;
- Pacientes com difícil controle de hiperfosfatemia apesar da dieta e do uso de medicações - Paciente que não atingem dose adequada de diálise em terapia convencional, presença de diurese residual;
- Paciente com prognóstico de sobrevida superior a cinco anos;
- Pacientes com sintomas de doença por depósitos amilóides.

REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

A indicação e solicitação da HDF é feita pelo nefrologista assistente do paciente, para a realização em serviço especializado, contratados do Saúde Recife, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em terapia dialítica, Guia para Solicitação Dialítico.

A indicação e solicitação da HDF é feita pelo nefrologista assistente do paciente, para a realização em serviço especializado, contratados do Saúde Recife, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em terapia dialítica, Guia para Solicitação Dialítico.

2. A Terapia Renal Substitutiva é realizada por meio de sessões da hemodifiltração, com duração média de três a quatro horas, têm como finalidade filtrar os líquidos extra corporais do sangue, por meio do dialisador, substituto das funções renais.

3. A solicitação para a realização do tratamento dialítico através de sessões semanais deverá ser encaminhada para o Saúde Recife, para análise técnica do médico regulador responsável por esta atividade, na Central de Serviços do Saúde Recife.

4. Serão autorizadas no máximo três sessões por semana, com um total máximo de 15 (quinze)/sessões autorizadas por mês.

5. As sessões seguintes deverão ser solicitadas em novas guias para continuidade do tratamento por novos períodos, sempre no total máximo de 15 para aplicação em três sessões semanais.
6. A validade da solicitação (guia eletrônica de realização das sessões de hemodiálise), é de 60 (sessenta) dias, a contar da data da autorização. Após este prazo, não havendo confirmação do atendimento, é automaticamente cancelada.
7. Avaliada a solicitação e autorizada pelo Saúde Recife, a guia de autorização será fornecida, validando a realização e cobrança dos serviços.
8. A confirmação do atendimento deverá ser realizada através da assinatura do paciente ou responsável na Guia de Frequência, Anexo ..., que deverá ser encaminhada em conjunto com a cobrança da produção.
9. O prestador credenciado deve manter arquivados a documentação de solicitação do tratamento dialítico, de medicamentos excepcionais e de controle de frequência individual.
10. Na internação de paciente com insuficiência renal crônica, com intercorrências clínicas ou cirúrgicas cobrança hemodiálise convencional considerados os dados sobre o diagnóstico, clínica e procedimento solicitado, registrados no prontuário do paciente.

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

- **Medicamentos excepcionais, para pacientes em Tratamento Renal**

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

17.3 LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

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

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

CRITÉRIOS DE SOLICITAÇÃO

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

TRATAMENTO SUBSEQUENTE (2º TRATAMENTO)

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

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

REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas.

Sessão de litotripsia

- a) Para a remuneração do tratamento (1º tratamento ou tratamento subsequente) confirmado e realizado, é necessária a geração da guia respectiva no sistema informatizado do Saúde Recife.
- b) Serão pagas exclusivamente as guias autorizadas e entregues dentro do prazo estabelecido pelo Saúde Recife, conforme consta cláusula contratual relativa ao item.
- c) O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário vigente em cada guia de tratamento Ambulatorial com Litotripsia Extracorpórea por Onda de Choque, conforme Tabela Própria do Saúde Recife vigente, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado.

18 . ATENDIMENTO HOSPITALAR EM REGIME DE INTERNAÇÃO

A assistência hospitalar abrange a prestação, por equipe de saúde, de um conjunto de

ações, serviços, métodos e processos, empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pessoas em regime de internação com pernoite ou na modalidade hospital dia, em caráter eletivo ou de urgência/emergência. No Saúde Recife compreende a internação em hospital geral ou especializado e a assistência domiciliar (*home care*).

NORMAS GERAIS RELACIONADAS À INTERNAÇÃO

- Atendimento de urgência que gerar internação, esta deverá ser solicitada, de imediato. Nos casos de emergência com risco mediato de vida a solicitação deverá ser realizada ou concomitantemente ao atendimento ou no máximo 2 horas após a finalização do atendimento no Pronto Socorro;

- **Quanto aos locais de acomodação o Saúde Recife reconhece as seguintes modalidades para seus beneficiários:**

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

- **Quanto ao tipo, são reconhecidas as seguintes:** Internações clínicas;

- I. Internações cirúrgicas
- II. Internações obstétricas
- III. Internações pediátricas
- IV. Internações psiquiátricas

- **Quanto à origem compreendem:**

- I. Eletivas
- II. De Urgência/emergência

- As solicitações para eventos, procedimentos, dietas especiais, material/medicamento de alto custo devem ser realizadas através dos formulários disponíveis no site do Saúde Recife.

- O Saúde Recife cobre somente **INTERNAÇÕES EM ENFERMARIA**. Assim, não cabe a cobrança de acréscimo nos honorários médicos. A opção por acomodação superior será de inteira responsabilidade do paciente e, ou, responsável, que assumirá o ônus financeiro total pela referida opção, devendo estar registrada em Termo por Opção de Acomodação Superior, em três vias, sendo uma anexada ao prontuário e outra enviada quando da cobrança da conta hospitalar.

- Toda internação hospitalar exige autorização prévia, independentemente de seu tipo, origem ou acomodação. A ausência do envio da documentação de solicitação caracteriza o evento como de realização à revelia do plano, estando sujeito à glosa total ou parcial.

- A solicitação da internação deverá ser feita obedecendo aos seguintes critérios:

a) Eletivas: Deverá ser solicitado em sistema informatizado do Saúde Recife, incluindo em anexo no sistema todas as documentações pertinentes. Em seguida, deverá aguardar o prazo de regulação determinado pelo Saúde Recife.

b) De urgência/emergência: Deverá ser encaminhada em Sistema Informatizado, devendo a documentação exigida ser anexada, no máximo até 2 (duas) horas depois do início da internação.

• Em relação ao prestador, as estratégias para o ordenamento da autorização de serviços assistenciais de saúde em beneficiário internado compreendem:

a) solicitação de autorização para internações, de qualquer tipo ou origem;

b) solicitação de autorização para realização de SADT;

c) solicitação de próteses cirúrgicas e, ou, materiais/insumos especiais;

d) a solicitação de terapias seriadas em paciente internado;

e) solicitação para prorrogação de internação;

f) a apresentação da produção mensal para fins de cobrança, submetida ao controle pré-pagamento, estritamente dentro das regras aqui estabelecidas.

• Para fins de autorização somente poderão ser solicitados procedimentos/exames cobertos pelo Saúde Recife, segundo **ROL DE PROCEDIMENTOS DO EDITAL CREDENCIAMENTO SAÚDE RECIFE**, ferramenta referencial para o processo de autorização para realização de serviços pelos prestadores, aos seus beneficiários. O rol está estruturado de modo a contemplar aspectos fundamentais, conforme demonstrado, a seguir:

a) Código do procedimento;

b) Descrição do procedimento;

c) Valor unitário.

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

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

• A mudança de local de acomodação deverá ser solicitada em sistema informatizado com justificativa para análise do Regulador do Saúde.

• O Saúde Recife não cobre internação prévia à realização de procedimento cirúrgico. Caso haja indicação imperiosa de internamento prévio esta deve ser justificada quando da solicitação da internação.

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

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

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



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



- Não serão realizadas autorizações retroativas, ou seja, primeiro realiza o procedimento e depois solicita;

- Internação do Recém-nascido:

a) Cabe cobertura do atendimento ao recém-nascido em sala de parto, seja a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia, prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva e/ou intubação traqueal.

b) O RN deverá estar registrado como dependente até o 28º dia de vida, sem o que não terá direito a cobertura assistencial do Saúde Recife.

c) Até o 30º dia a internação do RN se dará no hospital em que o parto foi realizado;

d) Se for necessário o RN permanecer internado após o 3º dia de vida, a internação deverá ser solicitada em sistema por meio da Guia de Solicitação de Internação, devendo obedecer aos trâmites normais.

e) Quando o parto for múltiplo o atendimento do pediatra na sala de parto será computado para cada recém-nato.

- Todos os procedimentos realizados durante a internação do paciente devem estar registrados no prontuário, incluindo a descrição dos atos cirúrgicos, registro e identificação da participação do(s) auxílio(os) cirúrgico, se houver, ficha anestésica, boletim de enfermagem, bem como a especificação de todos os itens de serviços pertinentes (taxas, medicamentos, materiais, gases medicinais, prótese cirúrgica e, ou, material especial).

- Os exames solicitados/realizados durante a internação estão fundamentados na necessidade do paciente, considerando a pertinência com o diagnóstico/hipótese diagnóstica e com a condição clínica do paciente. Deverão constar no prontuário do paciente tanto as solicitações quanto os resultados (laudos, películas, impressões gráficas, e outros).

- Nos procedimentos associados, o honorário médico será cobrado em 100% do procedimento de maior valor, acrescido de 50% de cada procedimento que for associado.

- Se a internação em *Day Clinic* for agendada para realização do procedimento após as 18:00 h, não será acrescido valor de pernoite, devendo a alta hospitalar ser concedida pelo médico assistente no dia seguinte até as 07:00 h.

- Toda internação em UTI exige autorização prévia, inclusive as oriundas do atendimento de urgência/emergência, para as quais a solicitação deve ser concomitante à internação do paciente neste ambiente hospitalar.

- Nos casos excepcionais, de absoluta impossibilidade, e somente para aquelas originárias da emergência, o prestador deve providenciar a regularização da internação no prazo máximo de 02 horas após o início do atendimento, mediante o envio da documentação exigida.

- A solicitação deverá ser registrada em Sistema para a Regulação do Saúde Recife 7/24 horas, e será tecnicamente avaliada quanto à indicação e pertinência.

- Quando houver troca de acomodação de enfermaria para UTI, a mesma dar-se-á mediante solicitação/autorização da Central de Regulação do Saúde Recife 7/24 horas.

SERVIÇOS QUE COMPÕEM A CONTA HOSPITALAR

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

- Diária de internação
- Honorários Profissionais
- SADT
- Taxas
- Materiais
- Medicamentos
- Gases medicinais
- Dietas industrializadas
- PME

ITENS INCLUSOS EM TODO ATENDIMENTO HOSPITALAR E DIÁRIAS .

a) Hotelaria: Leito, troca de roupa de cama e banho do paciente, cuidados e materiais de higiene e desinfecção ambiental e correlatos;

b) Alimentação do paciente;

c) Todos os cuidados e atos de competência da enfermagem;

d) Custo e manutenção com equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não;

e) Materiais de proteção individual – EPI (NR Nº32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;

f) Materiais necessários para higienização do paciente (exceto algodão e hidratante).

g) Materiais inclusos nos procedimentos/avaliações da equipe multidisciplinar (descartáveis como anoscópio, espátula de madeira, ácido acético 5%, cotonetes, curetas, DVD, CD, disco óptico, eletrodos para ECG, escova cervical, espéculo vaginal, frasco coletor, gel para US e ECG, preservativo, lâminas para esfregaço, marcador de campo cirúrgico, caneta eletrodo cirúrgico.)

h) Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativos adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação.

i) Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, anti sépticos, Tópico e degermantes, de qualquer tipo, éter, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis. Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti séptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável.

j) Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



REGRAS PARA COBRANÇAS DE DIÁRIAS HOSPITALARES

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

PRORROGAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES/PERMANÊNCIA

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

- a) Inclusão de novos procedimentos cirúrgicos;
- b) Uso de prótese e materiais especiais mesmo aquelas que fazem parte do ato cirúrgico;
- c) Medicamentos para tratamentos oncológicos;
- d) Procedimentos de hemodinâmica;
- e) Procedimentos de radiologia intervencionista;
- f) Prorrogações das internações psiquiátricas, seja por doença ou dependência química.

- A comunicação de solicitação de prorrogação deve ocorrer durante a internação e não após a alta do paciente. A solicitação requer justificativa médica consubstanciada tecnicamente,



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



compatível com a necessidade de permanência do paciente frente a morbidade/quadro clínico apresentado.

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

MODALIDADES DE DIÁRIAS

1 – HOSPITAL DIA /DAY CLINIC

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

Psiquiatria em Hospital Dia 1 turno e Day-clinic

A internação pode ser autorizada como alternativa imediata ao tratamento hospitalar para pacientes agudamente psicóticos ou para continuar a estabilização após breve estada no hospital ou sintomas graves.

O hospital dia psiquiatria deve estar estruturado de maneira semelhante aos serviços hospitalares regulares, com coordenação rigorosa de psiquiatras/psicólogos e o envolvimento de membros da família e/ou pessoas ligadas à sua dinâmica familiar. Como acontece com todas as alternativas ao tratamento hospitalar para pacientes agudamente doentes, estes não devem ser considerados de risco para si mesmos ou para outros, devem ter a capacidade de cooperar,

pelo menos minimamente a adesão ao tratamento, ter uma pessoa significativa disposta a se responsabilizar pelo mesmo e de possíveis outros encaminhamentos que se façam necessários.

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

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

Modalidades de tratamento em Hospital Dia 1 turno e Day-clinic em Psiquiatria.

1 – **Intensivo:** a cobertura para essa modalidade é de até 3 vezes por semana em até dois turnos. A modalidade intensiva é indicada para indivíduos considerados GRAVES. O que caracteriza esta modalidade é a ameaça de dano a si mesmo ou a outros ou que, por estarem gravemente desorganizados ou sob a influência de delírios ou alucinações, são incapazes de cuidar de si mesmos e necessitam de constante supervisão e/ou apoio. Outras possíveis indicações incluem problemas clínicos ou psiquiátricos gerais que tornem o tratamento ambulatorial inseguro ou ineficaz. O objetivo maior dessa modalidade é a reintegração do usuário ao convívio social com a família e com a comunidade onde vive.

2 – **Semi-intensivo:** a cobertura para essa modalidade é de até 2 vezes por semana. A modalidade semi-intensiva é indicada para sintomas moderados e recorrentes e também para continuidade e/ou manutenção do tratamento do intensivo (por período de 30 dias). Após o período de tratamento nesta modalidade a manutenção e/ou prevenção de recaídas deve ser continuado com psicoterapia ambulatorial.

Observação:

-A modalidade de 1 turno prevê a permanência do paciente no ambiente do contratado de 8h às 12 h.

– A modalidade de day-clinic prevê a permanência do paciente no ambiente do contratado das 8h às 15h, incluindo o almoço.

Indicação da modalidade de tratamento por CID

De F00 – F09 Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos

Para as Demências: este quadro usualmente manifesta-se até os 65 anos. Após essa idade

o processo de envelhecimento natural não pode ser confundido com doença.

De F10 – F19 Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas.

Para estes CID poderá ser liberado tratamento intensivo mediante laudo/histórico e evolução clínica que justifique a hipótese diagnóstica.

De F20 – 29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes

A indicação da modalidade fica a cargo da gravidade do caso.

De F30 – 39 Transtornos do humor (afetivos)

A indicação da modalidade fica a cargo da gravidade do caso, avaliada pela Regulação médica do Saúde Recife.

1- O tratamento em Hospital-dia na Modalidade Intensiva para transtornos de humor somente será liberado para os CID's abaixo relacionados:

F30 – 30.2 – Episódio Maníaco

F31 – F 31.2 – F 31.5 – Transtorno Afetivo Bipolar

F32 – F32.3 – Episódio Depressivo

F33 – F 33.3 – Transtorno Depressivo Recorrente

2 – Para os CID'S relacionados abaixo a **indicação** da modalidade fica a cargo da gravidade do caso e avaliação da regulação médica do Saúde Recife.

De F40 – 48 Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes

De F50 – 59 Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos

De F60 – F69 Transtornos de personalidade e de comportamento em adulto

De F70 – F79 Retardo mental leve

De F80 – 89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

De F90 – F98 Transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência

F99 – Transtorno mental não especificado

OBSERVAÇÃO:

Para os diagnósticos F00 a F09, F 20 a F29, F 70 a F79 e F 90 a F 98 relacionados no CID 10, será estendida a cobertura para 180 dias por ano em hospital dia.

- Estão cobertos todos atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos

psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários aos atendimentos das lesões autoinfligidos.

- Está coberto integralmente 15(quinze dias) de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência químicas que necessitem de hospitalização.

Solicitação do tratamento de Psiquiatria

A internação em regime de Hospital dia 1 turno ou Day Clinic pode ser autorizada como alternativa imediata ao tratamento hospitalar para pacientes agudamente psicóticos ou para continuar a estabilização após breve estada no hospital ou sintomas graves.

Toda solicitação de tratamento psiquiátrico seja em internação convencional ou em regime de Hospital Dia 1 turno ou day clinic, deverá ser feita em formulário padronizado do Saúde Recife, disponibilizado para download na página principal do site do Saúde Recife.

A solicitação deverá ser encaminhada através de sistema informatizado para a regulação do Saúde Recife e será submetida a análise técnica do auditor, para fins de autorização. Autorizado, uma senha do sistema informatizado será fornecida para a realização e cobrança dos serviços.

A prorrogação da internação, independente da modalidade, deverá ser solicitada pelo médico assistente com justificativa médica consubstanciada tecnicamente, compatível com a necessidade de permanência do paciente em tratamento psiquiátrico frente ao quadro clínico apresentado, e encaminhada através do Sistema para a Central de regulação do Saúde Recife, para avaliação do auditor.

Inicialmente serão autorizados no máximo 03 dias de internação por solicitação, a ausência de dados ou descrições vagas são impeditivas da avaliação da solicitação.

Prorrogações não informadas/solicitadas ao Saúde Recife durante o curso da internação não serão realizadas retroativamente. A pertinência da indicação da prorrogação da permanência do paciente será avaliada durante a auditoria in loco, cabendo considerar ou não a(s) diária(s).

A assistência na modalidade hospital dia/clínica dia, em psiquiatria, **inclui** os seguintes itens:

- a) serviços hospitalares;
- b) honorários de equipe multiprofissional;
- c) honorários do médico psiquiatra;
- d) medicamentos psiquiátricos próprios para o caso;
- e) materiais descartáveis
- f) até 12 h de permanência do paciente no hospital;
- g) Dieta do Paciente

2. DIÁRIA HOSPITALAR INTEGRAL

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

Internação de Longa permanência em Psiquiatria

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

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

- a) Acomodação em enfermaria coletiva;
- b) Leito próprio;
- c) Higiene do paciente, incluindo materiais necessários para sua realização.
- d) Troca de roupa de cama e de banho higienizada;
- e) Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental
- f) Alimentação do paciente de acordo com a prescrição médica;
- g) Assistência de enfermagem;
- h) Materiais de proteção individual - EPI (luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, pró-pé, entre outros);
- i) Ponto de oxigênio e vácuo;
- j) Climatização;
- k) Indumentária para paciente cirúrgico (bata, gorro, propés).

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

- a) Honorários médicos;
- b) Exames inerentes à patologia e, ou a causa que originou a internação do paciente (SADT),
- c) Materiais descartáveis, (Materiais excepcionais com valor igual ou superior a R\$ 200,00 devem ter autorização prévia a sua utilização)
- d) Medicamentos (Medicamentos com valor igual ou superior a R\$ 200,00 ou com tratamento igual ou superior R\$ 2.000,00, devem ter autorização prévia a sua utilização)
- e) Gás medicinal em qualquer vazão
- f) Hemoterapia e hemoderivados;
- g) PME

- h) Acompanhante com café da manhã para beneficiários internados que tenham mais de 60 anos e menos de 18 anos, incapazes e com necessidades especiais.

3. DIÁRIA GLOBAL

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

Compreende um conjunto de serviços hospitalares englobando itens tais como:

- a) Assistência de enfermagem,
- b) Materiais de consumo,
- c) Alimentação do paciente,
- d) Medicamentos (exceto medicamentos de alto custo com valor unitário igual ou superior a R\$ 500,00 ou tratamento igual ou superior a R\$ 5.000,00. Estes quando necessário será devida mediante prévia e expressa autorização da regulação médica do **Saúde Recife** .
- e) Materiais Descartáveis (exceto materiais excepcionais com valor unitário igual ou superior a R\$ 500,00. Estes quando necessário será devida mediante prévia e expressa autorização da regulação médica do **Saúde Recife** .
- f) Honorários médicos (Plantões em UTI)
- g) SADT (Rx e ECG , nas UTIS)
- h) Taxas de equipamentos
- i) Gases em qualquer vazão

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Os medicamentos de alto custo são definidos como aqueles que têm dose unitária com custo igual ou superior a R\$ 500,00 (Quinhentos reais) ou que cuja utilização/tratamento completo seja igual ou ultrapasse o custo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Estes quando necessário será devida mediante prévia e expressa autorização da regulação médica do Saúde Recife e médico auditor “ in loco”, devendo ser solicitada anterior ao uso através de Laudo Médico consubstanciado, emitido pelo médico assistente, contendo nome do usuário, plano de tratamento, definição de utilização específica e discriminação completa do medicamento.

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

- ****Materiais Excepcionais** : Síntese, Órteses, Stents ,Cateteres para Acesso Central e demais OPME.

4. Diária de internamento – cuidados paliativos e reabilitação

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

Perfis de Atendimento:

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

4.1 REABILITAÇÃO (funcional)

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

Objetivo: retomada da autonomia, prevenção a complicações e melhoria da qualidade de vida. Reabilitação Adequação de Cuidados Pacientes com condições crônicas ou permanentes, com baixa possibilidade de reabilitação funcional, mas que tiveram um novo evento agudo e possuem demandas de cuidados complexas e necessidade de construção de um plano de cuidados pós-alta.

4.2 CUIDADOS PALIATIVOS DE FIM DE VIDA

Autorizados para pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida. É comum que estejam em internações hospitalares prolongadas e sem perspectiva de cura ou melhora funcional.

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

Obs: o atendimento na clínica ocorre exclusivamente mediante solicitação do médico assistente, análise e aprovação pela área técnica do Saúde Recife que avaliará tecnicamente a indicação/pertinência da transferência para o Hospital de Transição através de

informações de auditoria própria (relatório e pontuação tabela ABEMID) e dados do relatório de solicitação elaborado pelo médico assistente.

Serão autorizadas inicialmente 10 diárias. Após esse período o médico auditor fará uma nova avaliação para alta hospitalar, prorrogação das diárias ou indicação de PAD (programa de assistência domiciliar).

5. DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

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

Tabelas de Diárias

Ord.	Nome	Código
1	Diária de Enfermaria	91000014
2	Day Clinic (meia diária de Enfermaria)	91000001
3	Diária de UTI Geral	91000007
4	Meia Diária de UTI Geral	91000037
5	Diária de UTI Cardiológica	91000006
6	Meia Diária de UTI Cardiológica	91000038
7	Diária de UTI Neonatal (UTIN)	91000008
8	Meia Diária de UTI NEONatal	91000039
9	Diária de UTI Pediátrica	91000009
10	Meia Diária de UTI Pediátrica	91000029
11	Diária de Berçário	91000013
12	Meia Diária de Berçário	91000030
13	Diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	91000004

14	Meia Diária de Cuidados – UNIDADE INTERMEDIÁRIA Neonatal	91000031
15	Diária Global de Terapia Semi-intensiva	91000026
16	Meia Diária Global de terapia semi-intensiva	91000032
17	Diária Global de Internação Clínica	91000020
18	Meia Diária Global de Internação Clínica	91000021
19	Diária Global de Internação Pediátrica	91000022
20	Meia Diária Global de Internação Pediátrica	91000023
21	Diária Global de Internação Cirúrgica	91000024
22	Meia Diária Global de Internação Cirúrgica	91000025
23	Diária Global de UTI Clínica	91000018
24	Meia Diária Global de UTI – Clínica	91000019
25	Diária Global de UTI Cardiológica	91000027
26	Meia diária global de UTI – cardiológica	91000028
27	Diária Global De UTI Neonatal	91000015
28	Meia Diária Global de UTI Neonatal	91000033
29	Diária global de UTI pediátrica	91000034
30	Meia Diária Global de UTI Pediátrica	91000035
31	Diária Global de Berçário Intermediário	91000016
32	Meia Diária Global de Berçário Intermediário	91000036
33	Diária de Acompanhante	91000017
34	Diária Hospital Dia Psiquiatria- Day clinic	91000010
35	Diária Integral de Psiquiatria Enfermaria (com psicotrópicos)	91000011
36	Meia Diária de Hospital Dia Psiquiatria	91000012
37	Diária de internamento – cuidados paliativos e reabilitação	91000040

19. MEDICAMENTOS



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



- O pagamento dos medicamentos está subordinado à pertinência da indicação, prescrição médica e efetiva administração. Toda e qualquer medicação será paga por dose unitária e de forma fracionada, sempre que possível.

- As medicações só serão pagas quando devidamente prescritas, datadas e assinadas pelo médico assistente e checada pelo profissional responsável por sua administração. Não sendo considerado para fins de pagamento as prescrições ou checagem com rasuras.

- Toda solicitação de medicações deverá constar os seguintes dados: nome, marca, quantidade, dosagem, tempo e horário de utilização.

- A utilização de bomba de infusão se restringe aos casos de medicações devidamente prescritas (Drogas vasoativas, heparina, xilocaína e outras drogas com indicação de administrações exclusivas através de bomba de infusão) que necessitem de infusão com controle restrito (fluxo/minuto) até a vazão de 60ml/h.

- Nos pacientes graves ou com patologias com restrições hídricas que necessitem de infusão com controle (fluxo/minuto) até a vazão de 60ml/h, estes casos serão analisados individualmente pela auditoria.

- Os medicamentos a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, os genéricos, conforme portaria do Ministério de Saúde/ANVISA.

- Para medicamentos excepcionais e de alto custo, em especial, a prescrição deve estar fundamentada em uma questão concreta e na fundamentação da indicação, da efetividade e do benefício ao paciente.

- São considerados medicamentos de alto custo para cobrança em conta aberta e procedimentos /tratamento, aqueles cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$200,00 ou quando o tratamento total, com a droga em questão, atingir valor igual ou superior a R\$2.000,00. Para o uso desse medicamento é obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor ou da Central de Serviços do Saúde Recife.

- Nas diárias Globais (pacientes internados) são considerados medicamentos de alto custo aqueles cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$500,00 ou quando o tratamento total, com a droga em questão, atingir valor igual ou superior a R\$5.000,00. Para o uso desse medicamento é obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor ou da Central de Serviços do Saúde Recife.

- Para fins de cobrança e pagamento dos medicamentos considerados de alto custo, o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação autorizado pelo médico auditor ou da Central de Serviços do Saúde Recife, e anexar uma cópia desta autorização ao prontuário e fatura do paciente.

Regras para cobrança dos valores de medicamentos:

- Os genéricos serão pagos pelo Brasíndice da competência da realização do atendimento, Preço Máximo ao Consumidor (conforme a incidência local do ICMS). Não havendo PMC será pago preço de fábrica, acrescido de 20%.

- Quando não houver a descrição da marca do genérico, será paga a de menor valor constante no Brasíndice da competência do atendimento realizado, preço de fábrica, acrescidos

de 20%. No documento de cobrança da conta deverá estar descrito o fabricante do medicamento. Em não havendo esta descrição, será pago o de menor valor.

- Em todos os medicamentos genéricos, obrigatoriamente deverão constar as concentrações dos mesmos, bem como o nome do fabricante e outras informações inerentes ao seu pagamento.

- Na ausência do genérico será pago o medicamento de marca com base no Brasíndice da competência do atendimento realizado, pelo Preço de Fábrica, acrescidos de 20%.

- No caso de utilização de medicamento de marca, quando houver o genérico do mesmo, será pago o valor do medicamento genérico, do laboratório cobrado. Na ausência do genérico do mesmo laboratório, o medicamento será pago pelo menor preço.

- Os medicamentos identificados com de uso exclusivamente hospitalar serão pagos pelo Preço de Fábrica acrescido de 20%.

- Os medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura conforme descrito no Brasíndice (marca, fabricante, concentração e outros dados inerentes ao produto).

- Para fins de cobrança e pagamento dos medicamentos considerados de alto custo, o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação **autorizado** pelo médico auditor ou da Central de Serviços do Saúde Recife, e anexar uma cópia desta autorização ao prontuário do paciente.

- Havendo cobrança em duplicidade de um mesmo agente terapêutico ou de um mesmo medicamento, que ora esteja sendo utilizado com o nome farmacológico ora com o nome comercial, será pago o de menor valor.

MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO/ESPECIAIS

- A utilização de medicamentos **de alto custo/especiais** está condicionada a autorização prévia do Saúde Recife. A solicitação deverá ser feita pelo médico assistente no Formulário de Solicitação de Medicamento de Alto Custo /especiais, disponível na página principal do sistema informatizado do Saúde Recife com a justificativa detalhada para autorização, este deverá ser anexado ao documento de cobrança, para fins de pagamento. Medicamentos não autorizados e cobrados sofrerão glosa total, sem possibilidade de recurso posterior.

- Para medicamentos excepcionais e de alto custo, em especial, a prescrição deve estar fundamentada em uma questão concreta e na fundamentação da indicação, da efetividade e do benefício ao paciente.

- A autorização, nos casos de pacientes internados será feita, preferencialmente, pelo médico auditor" *in loco* "ou pela Central de Serviços do Saúde Recife em casos excepcionais.

20. MATERIAIS DESCARTÁVEIS/ESPECIAIS/ALTO CUSTO

I. A utilização de materiais descartáveis/especiais/alto custo deverá estar deve estar fundamentado em uma questão concreta e relacionada à pertinência da indicação médica correta, prescrição (adequação da quantidade), benefício do paciente e a efetividade, guardando compatibilidade entre o material utilizado e o procedimento, bem como, o limite para as quantidades estabelecidas de cada produto.

II. Os materiais especiais (seringas, equipos especiais, extensores, bombas de infusão, etc.), necessários para a administração de medicamentos especiais deverão ter sua indicação de uso e trocas com justificativa comprovada por meio de bulas ou protocolos reconhecidos por entidades da área de Saúde.

III. Para determinados materiais (despesa não médica) existe uma relação estreita com determinados medicamentos, daí a necessidade de esta correlação está adequada. A título de exemplo:

- a) **Equipos:** medicação utilizada v.s. equipos fotossensíveis;
- b) **Luvas:** No centro cirúrgico, luvas cirúrgicas v.s. número de profissionais que participam do ato cirúrgico;
- c) **Seringas, cateteres e torneirinhas:** Seringa cobrada que já inclui agulha utilizada; uso de agulha em medicações apresentadas em frasco ampola, infiltrações e / ou anestésias locais; uso de torneirinhas v.s. prescrição de múltiplas medicações ou soros.
- d) **Rotina de troca periódica** de materiais descartáveis nos principais procedimentos hospitalares v.s. recomendação da Anvisa e fabricante.
- e) Quantidade(s) cobrada(s) compatíveis v.s. utilizados.

IV. Os materiais serão pagos de acordo com a Tabela de Descartáveis do Saúde Recife, com o referencial da marca do produto, exceto os que fazem parte da taxa de administração de medicamentos. Na ausência do material na referida tabela, este será pago pelo Brasíndice/SIMPRO da competência do atendimento, dos dois, o de menor valor.

V. São considerados materiais de alto custo para cobrança em conta aberta e procedimentos /tratamento, aqueles cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$200,00 Para o uso do material de alto custo é obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor ou da Central de Serviços do Saúde Recife.

VI. Nas diárias Globais (pacientes internados) são considerados materiais de alto custo aqueles que não fazem parte da rotina da UTI e cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$500,00. Para o uso do material de alto custo é obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor ou da Central de Serviços do Saúde Recife;

VII. Para fins de cobrança e pagamento dos materiais considerados de alto custo, o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação autorizado pelo médico auditor ou da Central de Serviços do Saúde Recife, e anexar uma cópia desta autorização ao prontuário do paciente.

VIII. Em todos os materiais utilizados obrigatoriamente deve ser comprovado o uso do produto utilizado devendo ser anexado ao prontuário para cobrança e pagamento: Rótulos/embalagens/selo/códigos de barras a fim de comprovar às especificidades do mesmo

tais como: tipo, marca, quantidade, modelo comercial, identificação do fabricante ou importador, código do produto, número do lote e número de registro na ANVISA .

IX. É vetado o acréscimo de procedimentos e de materiais especiais sem prévia liberação. Qualquer alteração de procedimento/material especial, necessita, obrigatoriamente, de autorização prévia do Saúde Recife.

X. Instrumentais cirúrgicos como brocas, serras, lavagem pulsátil, bico de aspirador dentre outros, são instrumentais cirúrgicos permanentes e constituem o material básico para a realização do procedimento, portanto, não serão remunerados como materiais de uso único.

XI. Materiais especiais e de alto custo utilizados sem autorização prévia durante o ato cirúrgico em caráter de urgência, deverão ter sua solicitação de uso analisada pelo médico auditor hospitalar ou para a Central de Serviços do Saúde Recife, impreterivelmente em até 72 horas após a realização do procedimento para fins autorização e posterior pagamento.

XII. Materiais Descartáveis/Especiais/alto custo utilizados não autorizados e cobrados sofrerão glosa total, sem possibilidade de recurso posterior.

XIII. O pagamento dos materiais Especiais/alto custo está condicionado à comprovação da autorização prévia e apresentação da nota fiscal do fornecedor, no valor cotado e autorizado pelo Saúde Recife junto a seus fornecedores cadastrados.

XIV. Caso haja indicação de utilização de material especial, este deve ser solicitado pelo médico assistente em prontuário com a justificativa da sua efetiva necessidade e eficácia. Para sua utilização deverá ser solicitada autorização prévia ao Saúde Recife sendo o registro do uso feito em prontuário (avaliação da condição do paciente, imagem, selo, código de barras, o que couber);

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

XVI. O procedimento médico eletivo que gerar uso de materiais descartáveis de alto custo fora da Tabela de descartáveis do Saúde Recife devem ser solicitados previamente. Os materiais deverão ser solicitados e cotados para posterior autorização, nos casos de urgência /emergência as autorizações devem ser solicitadas em até 72 horas posteriores a realização do procedimento.

21. TAXAS

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

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

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

As taxas referidas neste documento não contemplam honorários médicos;

Quando forem realizadas duas ou mais cirurgias (procedimentos cirúrgicos múltiplos e simultâneos) a taxa de sala de centro cirúrgico será paga a taxa de sala da cirurgia de maior porte.

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

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

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

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

21.1.Nas Taxas de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Hemodinâmica/Angiografia incluem:

✓ CENTRO CIRÚRGICO

Inclui	Exclui
<ul style="list-style-type: none"> -Instrumentais cirúrgicos estéreis e permanentes; -Rouparia de sala, permanente e descartável, de enfermagem e dos médicos do tipo avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, campo impermeável, campo fenestrado, máscara facial cirúrgica, gorro, propé, e assemelhados; -Todos os Serviços e assistências de enfermagem; -Materiais de proteção individual – EPI (NR Nº32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros; -Ponto de oxigênio, vácuo e ar comprimido; -Todos os aparelhos e equipamentos necessários para realização do procedimento cirúrgico Mesa cirúrgica e auxiliares Focos auxiliares e 	<ul style="list-style-type: none"> -Honorários médicos; -Gases anestésicos, oxigênio, protóxido, ar comprimido, óxido nítrico, etc; -SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento); -Materiais descartáveis; Medicamentos -Hemoderivados. -PME

<p>central,- Desfibrilador/ Cardioversor; Oxímetro; Monitor cardíaco/PNI; Bomba de infusão; Capnógrafo; Bisturi elétrico; Aspirador/irrigador; Respirador de volume e, ou pressão;(aparelho de anestesia) ;aquecedor bomba de circulação extracorpórea,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antissépticos (álcool, povidine tópico e degermante, álcool iodado, éter, água oxigenada, clorexidina etc.); - Materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal; - Equipamentos/ instrumentais de ressuscitação;/ anestesia - Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos e, ou descartáveis. -Climatização 	
--	--

✓ **SALA DE RECUPERAÇÃO**

Inclui	Exclui
<ul style="list-style-type: none"> -Leito para o paciente ; -Todos os aparelhos e Equipamentos necessários para recuperação do paciente; Desfibrilador/ Cardioversor; Oxímetro; Monitor cardíaco/PNI; Bomba de infusão; Capnógrafo aquecedor. -Equipamentos/ instrumentais para ventilação e ressuscitação -Assistência médica. -Materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal; -Todos os serviços, procedimentos e cuidados de enfermagem; -Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros; - Materiais de proteção individual – EPI (NR N°32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros; -Rouparia, permanente e descartável, de enfermagem e dos médicos do tipo avental, gorro, propé, e assemelhados; -Ponto de oxigênio e vácuo; -Ar condicionado (climatização); 	<ul style="list-style-type: none"> -Gás oxigênio -SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento); -Materiais descartáveis -Medicamentos; -Hemoderivados.

✓ **Sala de hemodinâmica/angiografia**

- a. Utilizada na cobrança de procedimentos de hemodinâmica (diagnóstica ou terapêutica), bem como na colocação de balão intra-aórtico e angiografia.
- b. Não deverá ser paga quando for utilizada a remuneração sob a forma de pacote.

Inclui	Exclui
<ul style="list-style-type: none"> -Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório; -Equipamentos que são específicos para a realização do procedimento de qualquer tipo ou modelo e que sejam de uso permanentes; -Instrumental/equipamentos de anestesia e os que são permanentes na unidade; -Monitorização contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); -Rouparia permanente e descartável (avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer 	<ul style="list-style-type: none"> -SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento); -Materiais descartáveis; -Medicamentos; -Hemoderivados; - Gases anestésicos,



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



tamanho, máscara facial cirúrgica, gorro e propé); - Materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal; - Todos os Serviços, procedimentos e cuidados de enfermagem; - Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros - Materiais de proteção individual – EPI (NR Nº32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;	oxigênio, protóxido, ar comprimido, óxido nítrico, etc; -PME
--	---

21.2. De serviços

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

21.3. De equipamentos

Taxa de uso bomba de infusão (fora da UTI e Centro Cirúrgico) exclusivamente nas situações com indicação de uso e justificativa consubstanciada.

Taxa de uso de vídeo artroscópio para cirurgia de ARTROSCOPIA. Estão inclusos materiais descartáveis/especiais (camisa para artroscópio, campo estéril e equipo de 4 vias para artroscópio e dreno de sucção). Exclui a Lâmina de Shaver.

Taxa de uso do aparelho videoendoscópio para NEUROCIRURGIA (diagnóstico/cirúrgico) (inclusos descartáveis e acessórios).

Taxa de uso do aparelho de videoendoscópio DIGESTIVO diagnóstico e cirúrgico (inclusos descartáveis e acessórios).

Taxa de uso do aparelho para vídeo-histeroscopia DIAGNÓSTICA (inclusos descartáveis e acessórios).

Taxa de uso do aparelho para vídeo histeroscopia CIRÚRGICA. Inclui a taxa de aparelho e do bisturi de alta frequência.

Taxa de uso do aparelho do videolaparoscopia DIAGNÓSTICA (inclusos descartáveis e acessórios).

Taxa de uso do aparelho do videolaparoscopia CIRÚRGICA (inclusos descartáveis e acessórios).

Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia RESPIRATÓRIA (diagnóstico/cirúrgico) (inclusos descartáveis e acessórios).

Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia CIRÚRGICA em otorrino (inclusos descartáveis e acessórios).

Taxa de uso de aparelho de videoendoscopia cirúrgica UROLÓGICA. DIAGNÓSTICA (inclusos descartáveis e acessórios).

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

22 . GASES MEDICINAIS

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

Regras gerais

- 1.** Na utilização por hora/minuto de gasoterapia nenhuma outra cobrança poderá ser adicionada, visto que estes valores já estão embutidos em seus custos (perda de gás pela tubulação, aquecimentos, manutenção de seus reservatórios – balão, ou, central – válvulas de pressão, borracha de látex para inalações e, ou quaisquer outras conexões, etc).
- 2.** O pagamento dos gases medicinais se dão por minuto/uso, mediante comprovação efetiva da indicação (prescrição médica), registro da utilização no documento de atendimento (prontuário, ficha anestésica ou outros), data e horário do início e término da aplicação dos mesmos, registrado pelo profissional de enfermagem e evoluído no prontuário.
- 3.** Quando houver uso do respirador volumétrico e o ar comprimido for utilizado em concomitância com o O² (mistura de gases), o Saúde Recife pagará o valor negociado para oxigênio + ar comprimido em respirador de forma fracionada.
- 4.** Não cabe cobrança de Gás Carbônico utilizado em Centro cirúrgico nas cirurgias videolaparoscópicas, pois o mesmo faz parte da taxa desse aparelho.
- 5.** Não cabe cobrança de O² por cateter/h/minuto, simultâneo com O² respirador /h/minuto.
- 6.** Nenhum componente novo em gasoterapia poderá ser cobrado ao Saúde Recife, sem prévia negociação entre as partes.
- 7.** No pagamento da nebulização por aplicação estão incluso: o material, os medicamentos (berotec, aerolin, atrovent e soro fisiológico) e oxigênio
- 8.** O pagamento de Óxido Nítrico e Protóxido de Azoto é de forma fracionada
- 9.** O fracionamento de gases será feito por minuto
- 10.** A utilização de nebulização acima de 4 aplicações/dia será remunerada com taxa de macronebulização por 24 horas, sem O₂ e com medicamentos (pulmicort, soro fisiológico, atrovent e berotec) cobrados de acordo com a prescrição médica.

23. PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (PME)

Definições

Órtese: destinada a suplementar ou corrigir uma função deficiente ou mesmo complementar o rendimento fisiológico de um órgão ou membro que tenham sua função diminuída (função dos membros, da coluna vertebral e bacia). A complexidade das órteses é muito variada, podendo ser desde uma bengala até aparelhos sofisticados como os coletes e moldes apostos aos membros.

Próteses: artefatos que visam substituir segmentos perdidos, podendo ser implantados cirurgicamente dentro do corpo, como por exemplo as artroplastias totais ou parciais do quadril (endopróteses) ou de uso externo, como uma perna mecânica (exo próteses).

Síntese: na medicina é utilizada para descrever a aproximação de bordas teciduais rotas ou incisadas. Na traumatologia ortopedia o termo é utilizado com o mesmo sentido, designando o meio (fios metálicos, placas e parafusos, hastes intramedular, fixadores externos, etc.), que mantém fragmentos ósseos estabilizados durante um tratamento (osteossínteses).

Material Especial: Termo empregado para definir materiais e dispositivos utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Solicitação de PME

- a) A utilização dos produtos exige autorização prévia.
- b) A solicitação de PME é de responsabilidade do médico assistente, seja no atendimento eletivo ou de urgência/emergência, a quem cabe também a prerrogativa de determinar as características do material a ser utilizado, que devem estar tecnicamente justificadas.
- c) A solicitação deverá ser feita no formulário próprio do Saúde Recife (Formulário para Solicitação de PME), preenchido na sua completude, com justificativa técnica para a indicação de uso, sendo fundamental ainda o registro de dimensões, material de fabricação, tipo, superfície, método de fixação do implante, quantidade, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.
- d) Havendo divergência entre o médico solicitante e o Saúde Recife relacionada à indicação clínica ou aos produtos, deve haver um contato telefônico e, ou, eletrônico entre o médico assistente e o médico regulador do Saúde Recife, para esclarecer ou dirimir dúvidas e chegar-se a uma decisão final.
- e) Nos procedimentos eletivos, as solicitações das PME deverão ser encaminhadas junto com a solicitação da cirurgia para a avaliação técnica do médico regulador, para fins de autorização ou não, e da cotação junto a seus fornecedores. O Saúde Recife tem até 07 (sete) dias úteis para apresentação do resultado para o proposto.
- f) Nos casos de urgência e emergência no horário noturno, sábados, domingos e feriados o pedido de autorização prévia deverá ser encaminhado para o médico auditor hospitalar e para a Central de Serviços do Saúde Recife, para fins de avaliação e autorização, impreterivelmente em até 72 horas após a realização do procedimento, ficando sujeita às mesmas regras de aquisição e utilização. Após a autorização concedida pelo médico auditor hospitalar, a documentação



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



deverá ser encaminhada em Sistema para a Central de Serviços do Saúde Recife, para fins de cotação.

g) Do formulário de solicitação deve constar pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam as características especificadas, e valor apresentado.

h) No caso das PME que possuírem conjunto de componentes com tamanhos variados, a solicitação deverá conter informações sobre os diversos tamanhos, bem como o instrumental necessário para o adequado uso (quando couber).

i) Autorizada a solicitação e efetuada a cotação, o documento de solicitação, agora autorizado, será encaminhada ao prestador, por e-mail.

j) A autorização do procedimento não dispensa auditoria pré-pagamento, com base nos relatórios e demais documentos previstos pelo Saúde Recife.

k) Em qualquer situação a cotação do Saúde Recife informará ao prestador os valores negociados e aprovados para aquisição, e ainda o fornecedor eleito, não só para tornar ciente dos valores que serão pagos pelas PME autorizadas e, ou, utilizadas e o prestador autorizado a fornecê-las, como também para permitir a cobrança da taxa de comercialização contratualizada com o referido prestador. A aprovação dos valores de aquisição pelo Saúde Recife aplica-se inclusive aos hospitais que são também fornecedores (negociação que os permita comprar e receber diretamente os referidos produtos).

l) A marca e o fabricante indicado pelo prestador não são determinantes da cotação e aquisição da PME, e somente materiais nacionais ou nacionalizados que estiverem de acordo com as normas e liberações vigentes da ANVISA (registro e validação da situação deste tipo de produto) são autorizados pelo Saúde Recife.

m) O Saúde Recife pode indicar a marca e a procedência do material a ser coberto, que deve possuir o devido registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, cabendo-lhe, no entanto, atender às especificações determinadas pelo médico assistente, tais como dimensões, material de fabricação (aço, titânio, cerâmica), tipo (revestido, cimentado, não cimentado), tipo de superfície e método de fixação do implante.

n) Todos os atos devem ser documentados a fim de garantir a transparência e a rastreabilidade do processo – descrição do ato cirúrgico, sob a responsabilidade do profissional que realizou o procedimento e registro do consumo de sala.

o) As PME utilizadas devem ser registradas pelo cirurgião que realizou o procedimento, na ficha de descrição cirúrgica, devendo ser anexada também a nota do fornecedor (comunicação de utilização de PME), especificando os produtos utilizados (nome do produto, fabricante, tamanho, quantitativo e a descrição do implante realizado) e, em casos específicos, a justificativa da utilização de material excedente, sendo ainda obrigatória a fixação das etiquetas/selo/código de barra de rastreabilidade, contidas nas embalagens do(s) produto(s), e também o registro da Anvisa, na nota de consumo de sala e na Nota Fiscal.

p) Quando o procedimento tiver indicação de exame de imagem para controle, este deverá ser anexado ao prontuário do paciente, comprovando a efetiva utilização da PME no ato cirúrgico.

q) O Saúde Recife poderá, de acordo com o previsto no Contrato de Prestação de Serviços, efetuar auditoria *in loco* para verificar a utilização das PME autorizadas, inclusive acompanhar o ato cirúrgico, desde que devidamente comunicado e autorizado pelo médico assistente.

r) Quando a quantidade utilizada for excedente ao previsto, o cirurgião responsável pelo ato cirúrgico deverá justificar o uso e a comprovação da utilização do material excedente, o que será avaliado pelo médico auditor do plano para fins de consideração ou não.

s) A PME com embalagem violada, contaminada ou danificada, não utilizada no ato cirúrgico, o gasto deverá ser registrado no documento de consumo da sala cirúrgica, sendo o custo de responsabilidade do prestador, e vedada a vinculação com o prontuário do paciente.

t) Deverá ser encaminhado ao setor de faturamento do prestador hospitalar o registro de consumo da sala cirúrgica, a descrição cirúrgica, a Nota Fiscal, laudo complementar de materiais especiais e justificativa de uso, quando houver, para o adequado faturamento das PME.

u) A navegação poderá, mediante justificativa médica consubstanciada à luz da medicina baseada em evidências, ser solicitada na instrumentalização de coluna, somente em casos de compressão medular ou radicular com instabilidade.

v) O pagamento de PME (Próteses e Materiais Especiais) será efetuado na fatura hospitalar, mediante a apresentação de fatura do(s) material, onde devem constar os códigos específicos autorizados, acompanhada de Nota Fiscal com a discriminação das PME fornecidas. Quando o fornecedor for o próprio hospital, além da Nota Fiscal deverá vir a autorização do Saúde Recife (orçamento aprovado e tipos de PME autorizadas) e a descrição do ato cirúrgico.

w) Nas cirurgias realizadas em caráter de urgência, com utilização de PME, o valor a ser pago será o negociado com o Saúde Recife não podendo ultrapassar o menor valor SIMPRO. O referencial do Saúde Recife será o fornecido por no mínimo três empresas.

24. REMOÇÕES:

a) As remoções necessitam de autorização prévia, exceto em caso de urgência, com risco de morte, mas que deverão ser autorizadas posteriormente nas 24 horas.

b) A remoção inter-hospitalar (transferência do paciente para outro hospital), em ambulância, com pessoal de enfermagem ou médico, em perímetro urbano serão pagos no valor negociado pelo Saúde Recife com os prestadores.

c) As remoções somente serão realizadas após autorização da central de regulação do Saúde Recife.

d) Os valores para pagamento são os constantes no anexo referente a valores dos serviços cobertos

25. SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA /TERAPIA TRANSFUSIONAL

REGRAS:

1 – A relação do Termo de Credenciamento entre o CREDENCIANTE e a CREDENCIADA visa a prestação de serviços de:

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

2 – A Prescrição de Transfusão de Hemoderivados.

Toda transfusão de sangue ou componentes sanguíneos deve ser prescrita por um médico. Esta prescrição deve ser registrada no prontuário médico do paciente na instituição.

É obrigatório que fique registrado no prontuário os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos, bem como a data em que a transfusão foi realizada.

3 - A Requisição de Hemocomponentes para Transfusão:

As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas em formulários específicos que contenham informações suficientes para uma correta identificação do receptor. A solicitação deverá ser feita no formulário STS – “Solicitação de Transfusão de Sangue”, fornecido a Rede Hospitalar do Saúde Recife, pelo prestador credenciado, em número equivalente as solicitações recebidas.

Do formulário devem constar os seguintes dados: nome e sobrenome do paciente, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do paciente, número do leito (no caso de paciente internado), diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado, (com o respectivo volume ou quantidade), tipo da transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, a data, a assinatura e o número do CRM do médico solicitante.

Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia.

4 - Quanto ao tipo, a transfusão pode ser classificada em:

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

5 – Testes Pré-transfusionais: exames realizados para Reservas e Hemotransfusões.



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



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

Obs: A determinação do grupo ABO, do fator Rh(D) e a pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor será remunerado no máximo uma vez por solicitação.

A Retipificação ABO e Rh da bolsa de sangue, a Prova de compatibilidade pré-transfusional Completa e a Pesquisa de anticorpos irregulares a será remunerada para cada bolsa solicitada.

6 – Testes para Hemotransfusões: exames realizados para Hemotransfusão:

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

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

7 - Devolução de Hemocomponente

Os hemocomponentes liberados para transfusão, mas não utilizados, podem ser reintegrados ao estoque se as condições de transporte e estocagem forem conhecidas e adequadas conforme legislação vigente.

É obrigação da Rede Hospitalar devolver o hemocomponente ao Serviço de Hemoterapia caso o mesmo não tenha sido utilizado;

No caso de devolução de produtos pela Rede Hospitalar, no prazo de vencimento, a CREDENCIANTE pagará a CREDENCIADA os exames pré-transfusionais, mediante envio da comprovação de devolução no formulário de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados.

A devolução de hemocomponente será remunerada na forma de pacote, incluso os exames pré-transfusionais;

Os hemocomponentes crioprecipitado e concentrado de plaquetas quando dispensados não poderão retornar ao estoque cabendo pagamento pelo Saúde Recife pela dispensação.

Todos os produtos devolvidos pela Rede Hospitalar, além do prazo de vencimento ou de forma inadequada, serão faturados diretamente à Rede Hospitalar Credenciada, obedecidas às instruções definidas conforme legislação vigente, não sendo de responsabilidade do Saúde Recife o pagamento de hemoderivados não utilizados

Nas hemotransfusões de Plaquetas, Plasma e Crioprecipitado não fazem parte dos testes pré-transfusionais:

- a) Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares (40403343)
- b) Prova de Compatibilidade Pré-transfusional completa (40403408)
- c) Reclassificação da bolsa (40403173)



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



Exames Pré-transfusionais

Código Descrição Quantidades:

40403173 Grupo Sanguíneo e Fator Rh 3 vezes

40403343 Pesquisa de Anticorpos Sérico 1

40403408 Prova de Compatibilidade Pré-transfusional 1

88000007 Devolução de Concentrado de hemácias (irradiadas, lavadas e deleucotizadas) -

88000011 Devolução de Plasma, Plaquetas e Crioprecipitado -

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

a) Guia do sistema informatizado: o prestador deverá solicitar autorização através do sistema informatizado Saúde Recife, anexando a solicitação e demais documentações pertinentes, será inserido o(s) procedimentos prescritos para o beneficiário, esta guia será gerada e será analisada pela Central de Regulação.

Esta guia no prazo máximo de 30 dias deverá ser utilizada. No prazo máximo de 60 (sessenta dias) a contar da data de atendimento, a guia deverá ser loteada e enviada ao Saúde Recife (fluxo de geração de lote).

b) Anexa a fatura deverão seguir: cópia da “Solicitação de Transfusão de Sangue – STS”, correspondente a todos os hemocomponentes transfundidos, no caso de devolução cópia do protocolo/formulário de recebimento e cópia da guia do sistema informatizado.

c) Recurso de Glosa: Caso o Prestador não concorde com valores glosados durante o processo de Auditoria, deverá solicitar formalmente o Recurso de Glosa, à Gerência de Faturamento e Contas Médicas no prazo máximo de até 30 dias a contar da data do pagamento.

d) A negociação na forma de Pacotes na guia do sistema informatizado terá apenas o código, descrição e valor do(s) pacotes correspondentes aos hemocomponentes.

8 – Honorários médicos referentes a Hemotransfusão:

Os honorários referentes à Vigilância médica realizada nos pacientes que recebem hemotransfusão - Transfusão sanguínea Ato Médico é devida ao Prestador onde é realizada a hemotransfusão e deverá ser remunerada de acordo com os códigos abaixo a depender da classificação do prestador e da natureza do hemotransfusão, portanto não é devida ao prestador credenciado.

CÓDIGO DESCRIÇÃO

40401014 - Transfusão - Ato médico Ambulatorial de responsabilidade

40401030 - Transfusão - Ato médico Hospitalar de responsabilidade

RDC 153 - As transfusões devem ser realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor dessas normas, e só podem ser realizadas sob a supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente, que possa intervir em casos de reações ou complicações.

9 – Normatização



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



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

26. TERAPIAS COMPLEMENTARES

26.1. - FISIOTERAPIA NO PACIENTE INTERNADO.

A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente, registrada no prontuário do paciente. Requer solicitação/autorização prévia do Saúde Recife (Formulário de Solicitação de Fisioterapia), disponível para download no site do Saúde Recife, informando os seguintes dados:

- a) Identificação do paciente, do prestador e do médico assistente
- b) Dados clínicos sumarizados e justificativa técnica para realização da assistência fisioterápica (relevância/pertinência da indicação frente ao diagnóstico/hipótese diagnóstica informada).
- c) Tipo: respiratória ou motora;
- d) Quantidade total de sessões solicitadas
- e) Quantidade por dia
- f) Local de acomodação do paciente

Deverá ser solicitada a autorização prévia da regulação do Saúde Recife, sob pena de não pagamento dos procedimentos adicionais.

Nos casos de fisioterapia em paciente internado caberá ao fisioterapeuta organizar e registrar no prontuário do paciente o Plano de Assistência Fisioterápica e sua evolução.

O registro da assistência fisioterapêutica em paciente internado deverá ser realizado em formulário próprio do hospital/guia de cobrança, anexando a guia de autorização emitida pelo SR.

O pagamento da fisioterapia hospitalar poderá ser pago sob duas formas:

1. Diretamente ao fisioterapeuta, desde que este seja credenciado do SR;
2. Diretamente ao hospital, para repasse posterior ao fisioterapeuta, quando este não for credenciado.

A cobrança da assistência de fisioterapia deverá ser efetuada mediante autorização em Sistema, de acordo com o código especificado, segundo Tabela de Procedimentos do Saúde Recife.

Para fins de cobrança e pagamento o prestador deverá encaminhar junto com a fatura o Formulário de Solicitação de Fisioterapia original autorizada pelo médico auditor e anexar uma cópia ao prontuário médico.

26.2. FONOAUDIOLÓGICA NO PACIENTE INTERNADO

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

A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente, registrada no prontuário do paciente. Requer autorização prévia do Saúde Recife (Formulário de Solicitação de Fonoaudiologia), disponível para download no site do Saúde Recife), informando os seguintes dados:

- a) Identificação do paciente, do prestador e do médico assistente;
- b) Dados clínicos sumarizados e justificativa técnica para realização da assistência fisioterápica (relevância/pertinência da indicação frente ao diagnóstico/hipótese diagnóstica informada);
- c) Planejamento terapêutico;
- d) Quantidade total de sessões solicitadas;
- e) Local de acomodação do paciente.

Deverá ser solicitada a autorização prévia a regulação do SR, sob pena de não pagamento dos procedimentos adicionais.

A cobrança da assistência fonoaudiológica deverá ser efetuada mediante lançamento em Sistema, de acordo com o código especificado, segundo Tabela de Procedimentos do Saúde Recife.

Para fins de cobrança e pagamento o prestador deverá encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação de Exercícios Fonoaudiológicos original autorizada e anexar uma cópia ao prontuário médico.

O pagamento da fonoaudiologia hospitalar poderá ser pago sob duas formas:

1. Diretamente ao fonoaudiólogo, desde que este seja credenciado do SR;
2. Diretamente ao hospital, para repasse posterior ao fonoaudiólogo, quando este não for credenciado.

27. TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL

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

NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

Definições

Nutrição Enteral (NE) - alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

- Nutrição Enteral em Sistema Aberto – requer manipulação prévia à sua administração, para uso imediato ou atendendo à orientação do fabricante.
- Nutrição Enteral em Sistema Fechado – industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo de administração.

Nutrição Parenteral (NP): solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou home care, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Regras gerais

Atenção para a indicação do suporte nutricional pelo médico assistente, que deverá estar assentada na necessidade de manutenção ou correção do estado nutricional do paciente, sob tratamento clínico ou cirúrgico.

O suporte nutricional deverá ser criteriosamente indicado e, da mesma forma, deverão ser selecionados os pacientes para realização da terapia nutricional quanto a melhor forma de nutrição.

A nutrição enteral deverá ter sempre prioridade em relação à nutrição parenteral, até porque esta última tem indicações bem restritas.

A aplicação da terapia nutricional somente poderá ser realizada nos pacientes sob regime de internação hospitalar e Home Care.

A indicação e a manutenção do paciente em suporte nutricional deverão ser previamente autorizadas pelo Saúde Recife.

Na nutrição enteral, com o alimento administrado por via oral, não cabe remuneração como procedimento de terapia nutricional, por ser somente nutrição oral especializada. Saúde Recife não paga suplemento alimentar.

O hospital deverá ter uma área específica para o preparo de Nutrição Enteral e outra para o preparo de Nutrição Parenteral asseguradas quanto à utilização de técnica asséptica.

O preparo da nutrição parenteral é uma atividade restrita ao profissional farmacêutico.

O controle radiológico para uso da sonda enteral ou cateter central será reconhecido em duas situações:

- a) Avaliar o posicionamento da sonda enteral para nutrição enteral.
- b) Avaliar o posicionamento do cateter venoso central.

Não cabe a cobrança de visita hospitalar concomitante com avaliação enteral / parenteral.

O acompanhamento nutricional é parte integrante dos serviços de internação incluídos na diária hospitalar, não cabendo, portanto, pagamento em separado.

O Saúde Recife poderá realizar o acompanhamento da atuação desse profissional através de auditoria especializada, sempre que couber essa atuação.

Dietas Industrializadas e Alimentação Parenteral são consideradas terapias de Alto Custo, seguindo a regra de solicitação e autorização prévias. Apenas dietas autorizadas por tipo, uso e quantidade podem ser ministrados para fins de cobrança e pagamento.

Para fins de cobrança e pagamento o prestador deve encaminhar, junto com a fatura, o formulário de solicitação de Terapia Nutricional original autorizada pelo médico auditor/regulador e anexar uma cópia ao prontuário médico.

As dietas industrializadas serão pagas de acordo com o protocolo de nutrição do Saúde Recife, de forma fracionada, obedecendo às recomendações do fabricante em relação à conservação da dieta pós aberta (**RDC 63, 06/07/2000- Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral**). Caso a prescrição da dieta seja suspensa será pago o frasco independente do volume infundido. Serão pagas pelo Brasíndice, preço de fábrica sem margem de comercialização.

A administração de nutrientes na forma de dietas, com fórmulas quimicamente definidas - manométricas, oligoméricas e poliméricas, por meio do tubo digestivo, com utilização ou não de sondas gástricas ou jejunais, com acompanhamento clínico e laboratorial, deverá ser utilizada quando estiverem mantidas as capacidades absorptivas e motoras do trato gastrointestinal, e não será considerada nutrição enteral, em crianças, a dieta própria para a idade administrada por sonda.

CARACTERÍSTICAS DAS DIETAS

CALÓRICAS

- Normocalórica: 1,0 a 1,2 cal/ml
- Hipocalórica: 1,25 a 2,0 cal/ml

PROTEÍNAS

- Normoprotéica: 10 a 15% da dieta
- Hiperprotéica: 15 a 20% da dieta
- Hipoprotéica: < 10% da dieta

CARBOIDRATOS

- Normoglicídica: 50 a 60% da dieta
- Hiperglicídica: > 60% da dieta
- Hipoglicídica: < 50% da dieta

LIPÍDEOS

- Normolipídica: 20 a 30% da dieta
- Hiperlipídica: > 30% da dieta
- Hipolipídica: < 20% da dieta

A prescrição da dieta deverá estar de acordo com o protocolo de Nutrição do **Saúde Recife**



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



PROCOLO DE NUTRIÇÃO ENTERAL SAÚDE RECIFE

DIETAS ENTERAIS PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

INDICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DAS DIETAS	INDICAÇÕES DA AUDITORIA DO SAÚDE RECIFE
Desnutrição, anorexia nervosa, neoplasias, cardiopatias, doenças neurológicas	Alimento para dieta enteral ou oral-nutrição enteral completa, normocalorica, normoproteico sem fibras, para pacientes com necessidades de aporte normoprotéica e normocalórica, isenta de lactose, sacarose e glúten, 1,0 a 1,25 kcal/ml , líquido. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	NUTRI ENTERAL 1.2
Desnutrição, anorexia nervosa, neoplasias, cardiopatias, doenças neurológicas	Alimento para dieta enteral ou oral-nutrição enteral completa, normocalorica, normoproteico com fibras, para pacientes com necessidades de aporte normoprotéica e normocalórica, isenta de lactose, sacarose e glúten, 1,0 a 1,25 kcal/ml , líquido. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	JEVITY PLUS
Desnutrição, anorexia nervosa, neoplasias, cardiopatias, doenças neurológicas, restrição de volume	Alimento para dieta enteral ou oral-nutricionalmente completa, para pacientes com necessidades energético proteica , normoprotéico ,hipercalórica (1,5 kcal/ml)isenta de lactose, sacarose e glúten, sem fibras líquidas. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	OSMOLITE HICAL
Desnutrição, anorexia nervosa, neoplasias, cardiopatias, doenças neurológicas, regulação do trânsito intestinal, restrição de volume	Alimento para dieta enteral ou oral-nutricionalmente completa, para dieta enteral ou oral, para adulto ,hiperproteica e hipercalória , com fibras (mínimos de 8g/l) isenta de lactose, sacarose e glúten, líquida, com densidade calórica de mínimo de 1,5 Kcall/ml. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	ISOSOURCE 1.5
Diabetes tipo I e II, diabetes gestacional,	Alimento para nutrição oral e/ou enteral com fibras, formulado para auxiliar no controle glicêmico. Normocalórico (1,2	NUTRIDIBATE 1,2

síndrome metabólica e intolerância a glicose	Kcal/ml), com adequado teor proteico e lipídico. Não contém glúten. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	
Pacientes renais não dialisados	Fórmula enteral líquida para pacientes com problemas renais, hipercalórica (2 Kcal/mg),com calorias distribuídas na seguinte proporção: Proteína 7%, lipídio 30% e CHO 63%. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	NUTRI RENAL
Pacientes renais em diálise	Alimento para dieta enteral ou oral-nutricionalmente completa, para pacientes em diálise, hipercalórico, com baixo teor de sódio e potássio, isento de lactose e glúten, líquida, com densidade calórica no mínimo de 2,00 Kcal/ml. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	NUTRI RENAL D
Pacientes hepatopatas com sinais de encefalopatia ou em risco	Dieta nutricionalmente completa, líquida rica em aminoácidos de cadeia ramificada e baixo teor de aminoácidos, hipercalórica e favorecendo a síntese proteica, para pacientes hepatopatas. Isento de lactose, sacarose e glúten. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	FRESUBIN HEPA
Pacientes apresentando úlcera por pressão e outras situações que exijam estímulo da cicatrização.	Alimento para dieta enteral ou oral-nutricionalmente completa, para cicatrização de feridas, hiperproteica, suplementado com arginina, mínimo 6,00g/l. Isento de lactose, sacarose e glúten, com densidade calórica de no mínimo 1,00cal/ml, líquido. SISTEMA FECHADO E /OU ABERTO	CUBISON

Nutrição Enteral administrada em infusão intermitente, por bomba de infusão ou gravitacional:

A administração da dieta enteral pode ser feita de forma contínua, ou intermitente, usando-se bombas de infusão, gravidade ou ainda seringas (bolus), geralmente numa periodicidade de 4 a 6 vezes ao dia. A indicação do método de infusão deve se basear no estado do paciente, posicionamento da sonda, tipo de dieta, necessidade nutricional e na indicação médica.

- Por Bomba:

a) Consiste na administração das fórmulas enterais por meio de bombas de infusão. Dessa forma, é possível evitar a diarreia osmótica, pois o fluxo pode ser mais lento e constante, e a administração de medicamentos não interrompe o fluxo da infusão.

b) Esta técnica pode ser utilizada com sistema aberto ou fechado, em bolsas ou frascos.

c) Antes de iniciar a infusão da nutrição enteral, recomenda-se verificar a posição da sonda.

d) É importante assinalar que o uso da bomba para administrar NE pode restringir o paciente ao leito; por isso, deve ser indicado em pacientes com algum grau de limitação de movimentos ou em pacientes críticos.

e) A utilização das bombas infusoras deve ser feita por profissionais devidamente treinados.

- Infusão Gravitacional

a) É a infusão lenta dos nutrientes, sem uso de equipamentos. A maioria das dietas enterais pode ser administrada dessa forma, bem como à temperatura ambiente.

b) As instituições de saúde com serviço pediátrico devem estabelecer programas de aleitamento materno que facilitem a amamentação do recém-nascido e a implementação de bancos de leite. O leite materno em geral é administrado por gravidade em recém-nascidos intubados ou com dificuldade de sucção.

c) Deve-se ter especial cuidado ao agitar periodicamente o frasco com leite materno para homogeneizá-lo, evitando que a gordura fique aderida às paredes do frasco.

Regra para o pagamento de equipo, frascos e bomba de infusão :

- Os equipos de infusão devem ser trocados a cada 24 horas no momento da troca do frasco, ou em caso de contaminação durante a administração, ou antes em caso de obstrução.

- Com sistemas fechados, trocar a cada 24 - 48 horas ou de acordo com a recomendação do fabricante.

- Serão pagos equipos de bomba quando a vazão for até 60ml/h. Quando a vazão for superior a 60 ml/hora a dieta deverá ser administrada por gravidade.

- Alguns sistemas fechados (prontos para uso) podem permanecer instalados, à temperatura ambiente, durante 48 horas, sempre e quando o caráter fechado do sistema não for alterado.

Uso de frascos em dietas administradas em sistema aberto:

a) Os frascos de dieta serão pagos por horário para dietas administradas em sistema aberto. As Unidades deverão dispor de sala de manipulação que atenda às recomendações da legislação brasileira para o preparo das dietas administradas em sistema aberto.

b) Não será pago frascos para dietas administradas em sistema fechado;

Nutrição parenteral cabe:



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



A dieta parenteral será administrada em bomba de infusão, independente da vazão; administração contínua, em 24 horas, com fluxo constante, sem interrupção;

Trocar o equipo e dispositivo complementar a cada bolsa a ser infundida;

A conexão do equipo de infusão na bolsa, deve ser realizada imediatamente antes da administração

O equipo de NPT deve ser isento de DEHP;

A via de administração deve ser exclusiva;

-Infusões lipídicas, trocar o equipo e dispositivo complementar a cada 12 horas

28. CURATIVOS

REGRA GERAL

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

- A solicitação de curativos deve obrigatoriamente ser feita pelo médico assistente do paciente;
- A quantidade, tipo e tempo de uso deverá ser descrita na solicitação inicial. O início do tratamento só poderá ocorrer após devidamente autorizado;
- As Prorrogações de curativos deverão ser solicitadas em Sistema com a descrição detalhada da evolução da lesão (inicial e atual) e acompanhada da fotografia (inicial e atual) e só poderão ser realizadas após autorização.
- A solicitação de curativos e de coberturas especiais industrializadas, a nível ambulatorial deverá ser solicitada em Sistema para análise da regulação Saúde Recife.
- A solicitação de curativos e de coberturas especiais industrializadas para pacientes hospitalizados deverá ser feita no prontuário pelo médico assistente, para avaliação do profissional estomoterapeuta da instituição que fará a indicação e a solicitação do tipo de curativo e/ou de coberturas especiais industrializadas, baseada na análise detalhada da ferida para ser encaminhada a regulação Saúde Recife.
- As solicitações de curativos e de coberturas especiais industrializadas deverão ser enviadas para análise técnica e autorização pelo Saúde Recife contendo a descrição das lesões (localização; tamanho comprimento, largura e profundidade; tipo e quantidade de exsudato, tipo de tecido e sinais e sintomas de infecção presente).
- Os tipos de curativos e/ou coberturas especiais industrializadas só poderão ser solicitados dentre as opções cobertas pelo Saúde Recife que só autorizará pelo princípio ativo e não pela marca do fabricante.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



- O valor individual de cada cobertura especial industrializada obedecerá ao seu respectivo indicativo na tabela Brasíndice /SIMPRO, da competência do atendimento realizado, dos dois, o de menor valor, sem margem de comercialização;

- Para fins de cobrança e pagamento o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação de curativos original autorizada pelo Saúde Recife e anexar uma cópia ao prontuário médico.

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

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

-Estágio I; Eritema não esbranquiçado de pele intacta, precursor da ulceração da pele. Em indivíduos de pele escura, descoloração da pele, calor, edema, endurecimento, também podem ser indicativos de lesão neste estágio

-Estágio II; Lesão parcial da pele, envolvendo epiderme e/ou derme, ou ambas. A úlcera é superficial e clinicamente aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa.

-Estágio III; Lesão total da pele, envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completa. A úlcera apresenta-se clinicamente, como uma cratera profunda com ou sem comprometimento dos tecidos adjacentes.

-Estágio IV; Grande destruição com presença de tecidos necróticos ou dano de músculos, ossos, ou estruturas de suporte, tendões e cápsula articular.

A terapia tópica para curativos simples e industrializados tem indicações precisas por tipo de produto e lesões e seguirão o padrão abaixo relacionadas:

I – Padrão de curativo simples:

Pacotes Básicos:

A) Curativo Tipo 1 (pequeno): R\$ 38,00 - Código 98000009

- Estão inclusos no pacote: 01 a 05 pacotes de gaze estéril, até 02 pares de luva estéril, SF 0,9% até 200ml, micropore 01 para 10 dias, até 02 ataduras, até 02 compressas cirúrgicas e 02 pares de luvas de procedimento.

B) Curativo Tipo 2 (médio): R\$ 49,00 -Código 98000010

- Estão inclusos no pacote: 06 a 10 pacotes de gaze estéril, até 03 pares de luva estéril, SF 0,9% até 1000ml, micropore 01 para 07 dias, até 04 ataduras, até 02 compressas cirúrgicas e 02 pares de luvas de procedimento.

C) Curativo Tipo 3 (grande): R\$ 54,00-Código 98000011

- Estão inclusos no pacote: 11 a 15 pacotes de gaze estéril, até 04 pares de luva estéril, SF 0,9% até 1000ml, micropore 01 para 07 dias, até 06 ataduras, até 04 compressas cirúrgicas e 02 pares de luvas de procedimento.

II – Padrão de Produtos Industrializados:

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

PROTOCOLO CURATIVOS ESPECIALIZADOS

COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA	MARCAS
Poliuretano espuma	Adesivo de poliuretano revestido com espuma de hidropolímero de alta densidade	Feridas limpas em fase de granulação com média e pequena quantidade de exsudato	Feridas infectadas, com necrose e grande quantidade de exsudato. Queimaduras de segundo e terceiros grau	Média de 48h	Allevyn Allevyn Cavity Biatain Curafoam plus Elasto gel Hydrofoam Lyotoam Mepilex Tranfer / Border Suprasorb Tielle / Tielle Plus Askina Transobent
Filme de poliuretano ou Filme transparente	Filme transparente de poliuretano semipermeável, constituído de adesivo acrílico hipoalergênico.	- Cobertura de incisões cirúrgicas - Prevenção de úlceras de pressão -Úlceras Grau I - Fixação de cateteres vasculares	Feridas infectadas ou exsudativas	- Em média a cada sete dias	Askina derm Opsite Mefilm Confeel plus transparent e Suprasorb Bioclusive Tegaderm
Hidrocoloides: Placa, pasta ou pó	Espuma de poliuretano associada à carboximetilcelulos e que promovem uma alta absorção da umidade e ajudam na cicatrização das feridas de grau leve ou moderado. sódica, gelatina e pectina.	- Úlceras de perna ou pressão grau II e III -Queimaduras superficiais; -Feridas cavitárias pode-se usar hidrocolóides em forma de grânulos ou pasta; -Tratamento de feridas abertas não infectadas	Feridas infectadas; Queimaduras de 3º ou 4º grau.	Até 7 dias ou quando saturado. Em caso de necrose a troca deverá ser realizada em até 3 dias.	Confeel plus Conbiderm Duoderm Restore Askina Hydro Suprasorb Tegasorb

COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA	MARCAS
Hidrocolóide e Alginato de cálcio	- Camada interna: Gelatina, pectina, alginato e carboximetilcelulos e sódico - Camada interna: espuma de poliuretano	- Feridas limpas, com média e pequena quantidade de exsudato; - Prevenção de úlceras de pressão - Queimaduras de segundo grau	- Feridas infectadas	Em média no 5º ou 6º dia.	Ultec Comfeel Plus 15x15cm Hidrocoloid e + Alginato de Cálcio Coloplast
Hidrogel	Polivinilpirrolidina (PVPA) e água Alguns produtos contêm propilenoglicol Outros possuem em sua formulação cloreto de sódio (estes não devem ser usados sobre a pele sã)	- Estimular a cicatrização das feridas secas, superficiais ou profundas - Eliminação do tecido morto - Feridas com tecido de granulação, úlceras venosas, arteriais e por pressão, queimaduras de segundo grau de pequena extensão, feridas de perda parcial ou total de tecidos e áreas pós-trauma - Manutenção da viabilidade de ossos e tendões expostos em feridas profundas	Ferida exsudativa; Pele íntegra; Feridas operatórias fechadas; Fístulas.	1 a 3 dias – requer utilização de curativo secundário; Quando utilizado com gaze como cobertura troca a cada 24hs; Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo hidrocolóide ou hidrofibra; Feridas infectadas troca no máximo a cada 24hs. Feridas com necrose troca no máximo cada 72hs.	Curafil gel Dermagran Duoderm gel Hydrosorb Hydrosorb plus Hypergel Intrasite gel Nu-gel Purilon Suprasorb gel Askina gel
Hidrofibra	Fibras de corboximetilcelulos e sódica com alta capacidade de	- Feridas com exsudação abundante com ou sem infecção	- Indivíduos com reações alérgicas a algum componente do produto;	- Mediante a saturação do curativo, em média com	Aquacel Aquacel AG

	absorção	- Feridas cavitárias - Feridas sanguinolentas	-Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais.	24h; - A placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias.	
Hidrofibra com prata (Ag)	Fibras de carboximetilcelulos e sódica e prata (Ag)	- Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias e altamente colonizadas ou infectadas; - Úlceras por pressão grau III e IV; - Úlceras diabéticas; - Feridas Operatórias; - Queimaduras 2º grau.	- Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais; - Feridas com necrose seca ou tecido inviável; - Hipersensibilidade a prata;	Trocar curativo secundário quando saturado ou em até 24 horas. A placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias. Nos casos de queimadura 2º grau a hidrofibra com AG pode permanecer até 14 dias na ferida. Nestes casos recortar a hidrofibra que se desprende da pele ao redor da ferida conforme a epitelização do tecido.	
Sulfadiazina de prata	Pomada hidrofílica composta por sulfadiazina de prata a 1% Também há associação ao cério	- Bactericida -Tratamento de queimaduras -Lesões crônicas refratárias – úlcera vasculogênica, erisipela bolhosa, úlceras por pressão e mal perfurante	- Em caso de gravidez a termo -Hipersensibilidade à sulfadiazina de Prata, Cério ou outros componentes da preparação	Diário	Azicério Dermazine Askina Calgitrol Dermacerium Acticoat (com
COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA	MARCAS
Alginato de cálcio	Apresentação: placa, fita ou gel São polissacarídeos derivados do ácido	-Ferida com exsudação abundante com ou sem infecção,	Feridas com pouco exsudato, pois adere ao leito prejudicando a epitelização	Apenas quando saturado em média com	Algoderm Curasorb Kaltostat Melgisorb

	algínico, obtido principalmente de algas marinhas. Possui propriedades hemostáticas	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas cavitárias, - Feridas sanguinolentas, - Alta capacidade de absorção 		24h, necessita de cobertura secundária	<ul style="list-style-type: none"> Seasorb Sorbalgon Sorbsan Suprasorb Restore calcicare Tegagen Askina sorb Polymen
Carvão ativado e prata	Carvão ativado impregnado com prata (0,15%)	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas fétidas, - Infectadas - Grande quantidade de exsudato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões isquêmicas e secas; - Hipersensibilidade a prata; - Feridas com sangramento; - Aplicação direta em tumor. 	Até atingir ponto de saturação, Necessita de cobertura secundária; O curativo pode permanecer até 7 dias. As trocas ocorrem em média de 3 a 7 dias dependendo da capacidade de adsorção.	Actisorb Plus
Curativo Hidroalginato de Cálcio com Prata	Fibras de alginato de cálcio, carboximetilcelulose e prata	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas infectadas ou com um alto risco de infecção e exsudato de moderado a alto; - Feridas agudas ou crônicas como úlceras por pressão; - Úlceras venosas feridas traumáticas; - Deiscências; - Pé diabético; - Queimaduras 	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais; - Feridas com necrose seca ou tecido inviável; - Hipersensibilidade a prata e ao alginato 	Pode permanecer por até 7 dias. As trocas variam dependendo da saturação do curativo. Trocar o curativo secundário sempre que saturado. No caso de queimaduras de 2º grau alguns fabricantes orientam a troca até 14 dias. Consultar bula do produto.	
Curativo de Hidropolímero / Espuma não	Camada interna de espuma de poliuretano,	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas crônicas ou agudas; - Úlceras venosas, 	<ul style="list-style-type: none"> - Necrose seca (Tecido desvitalizados), - Hipergranulação; 	Pode permanecer por até 7 dias.	

adesivo	absorvente, revestido externamente de filme de poliuretano sendo permeável a trocas gasosas e impermeável a água e microrganismos.	úlceras por pressão estágio III ou IV; - Pé diabético; - Deiscências; -Traqueostomia. - Feridas sem infecção com exsudato moderado a intenso - Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado;	- Feridas com pouca exsudação.	As trocas variam dependendo da saturação do curativo. Trocar o curativo secundário sempre que saturado.	
Carvão ativado e Alginato de Cálcio	Cobertura que associa as vantagens do carvão ativado com o alginato de cálcio: favorecendo o desbridamento, controlando o odor e não aderindo ao leito da ferida	- Feridas fétidas - Infectadas - Grande quantidade de exsudato	Lesões isquêmicas e secas	Em média de 48 a 72 h ou até a saturação.	Carboflex
COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA	MARCAS
Colágeno com Alginato	90% de colágeno, oferecendo resistência e apoio estrutural à proliferação celular; 10% alginato que controla o exsudato e mantém a ferida úmida	Indicado em feridas limpas, pouco exsudativa, com ausência de tecido necrótico-fibrinoso e sem sinais de infecção. - Feridas traumáticas com perda de substância Queimaduras de segundo grau - úlceras refratárias, como vasculogênicas e neuropáticas	Reações alérgicas a algum componente Feridas exsudativas Feridas infectadas	Em média a cada 48-72h	Fibracol plus
Ácido Hialurônico	Constituído por ácido hialurônico e comercializado em diferentes apresentações (creme, spray e ampola). Comporta-se como	- Queimaduras superficiais de 2º grau - Áreas cruentas pós trauma ou ressecção cirúrgica - Feridas com	-Feridas com secreção purulenta	- Em média de 12 às 24h	Hyaludermi n Connettivin a

	uma gaze não aderente	formação de tecido de granulação - Áreas doadoras e receptoras de enxertos dermo-cutâneos			
Prata Nano cristalina e Alginato de cálcio	A prata oferece efetiva ação antimicrobiana ao leite da ferida e o alginato de cálcio atua absorvendo o exsudato	-Queimadura de segundo grau superficial ou profunda - Área doadora e receptora de enxertos dermo-cutâneos -Lesão traumática - Ulcerações crônicas vasculogênicas, úlceras de pressão, neuropatia diabética	- Segundo a quantidade de secreção poderá ser mantida por vários dias. Geralmente é substituído no período de 24 a 48h		Acticoat
COBERTURA	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA	MARCAS
-Colagenase	-Colagenase Clostridiopeptidase-A e Enzimas proteolíticas e colrafenicol a 1%	-Úlceras varicosas e de pressão -Gangrenas de extremidades	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula	12 a 24 h	Iruxol Iruxol-Mono Kollagenas e Santyl
-Papaína ou em solução fisiológica	-Enzimas proteolíticas e peroxidases.	-Desbridante e facilitador do processo cicatricial -Como coadjuvante da antibioticoterapia -Papaína 2% promove granulação e epitelização -Papaína 4% a 6 % feridas com exsudato purulento -Papaína 10 % no desbridamento de tecido desvitalizado	-Hipersensibilidade a algum componente da fórmula	-Média a cada 12h	-Papaína

-Papaína e uréia	-Enzimas proteolíticas e peroxidases e uréia	-Todas as fases do processo de cicatrização: feridas secas e exsudativas, colonizadas ou infectadas, com ou sem área de necrose -Papaína 2% promove granulação e epitelização -Papaína 4% a 6 % feridas com exsudato purulento -Papaína 10 % no tecido desvitalizado	-Hipersensibilidade a algum componente da fórmula	-Média a cada 12h	-Accuzyme
-Papaína Gel 10%	-Enzimas proteolíticas do látex do mamão papaia.	-Lesões com necrose úmida; -Feridas com presença de tecido inviável, mas que tenha tecido viável > 50%.	-Desde que usada a concentração adequada não há contraindicação.	-Sempre que o curativo secundário estiver saturado ou no máximo a cada 24hs	
-Arnica 5% Gel ou Creme	-As propriedades anti-inflamatórias e analgésicas da arnica se explicam pela diminuição da atividade enzimática no processo inflamatório.	-Hematomas; -Equimoses; -Contusões em geral.	-Contraindicado em caso de alergia à arnica e ferimentos abertos	-Aplicar na pele 3x/dia	
-Calêndula 5% gel e/ou creme	-Os triterpenos, mucilagem, carotenos e flavonóides (quercitina) são os responsáveis pela ação cicatrizante e reepitelizante	-Uso com cautela em: lesão profunda e/ou extensa (maior que 1/3 do segmento), lesões disseminadas, infecção local grave, lesão de pele crônica sem diagnóstico;	-Hipersensibilidade aos componentes da planta; -Não usar com antibioticoterapia tópica concomitante	-A frequência de troca de curativos depende da quantidade de exsudato da lesão. Em média de 1 a 3 vezes por dia.	

		-Ferimentos abertos infectados ou não.			
Hamamélis 10% gel e/ou creme	Mescla de hamamelitanino 3-8% e taninos condensados, saponinas, cera, colina, flavonoides, eugenol.	-Úlceras por pressão; -Queimaduras; -Úlcera venosas; -Uso com cautela em: lesão profunda e/ou extensa (maior que 1/3 do segmento), lesões disseminadas, infecção local grave e lesão de pele crônica sem diagnóstico. -Ferimentos abertos infectados ou não ferimentos com sangramento ou friáveis.	-Hipersensibilidade aos componentes do produto.	-A frequência de troca de curativos depende da quantidade de exsudato da lesão. Em média de 1 a 3 vezes por dia.	
Babosa (Aloe Vera) 25% Gel e/ou creme	Mono e polissacarídeos, enzimas, ácidos orgânicos e outros. Lipídeos. Carboidratos.	- Queimaduras: Uso com cautela em feridas de 3º grau; - Queimaduras (1º e 2º graus) Dermatites; Erisipela; Celulite.	Hipersensibilidade aos componentes da planta.	A frequência de troca de curativos depende da quantidade de exsudato da lesão. Em média de 1 a 3 vezes por dia.	
Gaze não aderente	Acetato de celulose impregnada de Petrolato	-Queimaduras superficiais de 2º grau -Áreas cruentas pós trauma ou ressecção cirúrgica -Feridas com formação de tecido de granulação -áreas doadoras e receptoras de	- Feridas com exsudato purulento	A cada 24h	Adaptic Lomatuell

COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA-INDICAÇÃO	TROCA	MARCAS
AGE e TCM	-Óleo de origem vegetal a base de ácidos graxos essenciais e/ou triglicérides de cadeia média	enxertos dermo - cutâneos -Podem ser usados em todos os tipos de lesão, nos diversos estágios do processo cicatricial e como preventivo de lesões	- Ferida necrótica	-Diária (máximo a cada 24h)	-Dersani Ativoderm AGE Derm
-Bota de Unna	-Bandagem contendo pasta a base de óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada	-Tratamento ambulatorial de úlcera venosa e edema linfático dos membros inferiores	-Úlceras arteriais e mistas (comprometimento venoso e arterial) e sensibilidade conhecida ao produto ou aos seus componentes	-Pode ser mantida intacta por até 7 dias a menos que haja desconforto, vazamento de exsudato, sinais de infecção, dormência e latejamento dos dedos ou quaisquer outras irritações locais.	Flexi-dress Bota de Unna

-Gaze com Soro Fisiológico 0,9% (SF)	-Gaze estéril umedecida com SF0,9%	-Todos os tipos de lesões;	-Feridas que cicatrizam por primeira intenção; -Lesões com excesso de exsudato e secreção purulenta; -Locais de inserção de cateter; -Drenos; -Fixador externo.	-O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas. Quando na presença de pouco exsudato, a gaze deverá ser umedecida duas a três vezes ao dia, com SF0,9%.
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------	---	---

COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA-INDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
-Curativo a vácuo (VAC)	-Composto por uma espuma de poliuretano que é ajustada no tamanho e na profundidade da ferida. A qual é selada por um filme que é conectado a uma bomba de vácuo.	-Mediastinite (inflamação da cavidade torácica); -Queimaduras; -Feridas secas ou exsudando; -Enxertos de pele (melhor fixação do transplante); -Feridas ortopédicas; -Lesão por pressão; -Feridas infectadas; -Tratamentos de feridas diabéticas; -Injúrias em tecidos moles (exposição óssea ou não); -Feridas pós-traumáticas e pós-operatórias; -Úlceras de estase; -Síndrome do	-Fístulas para órgãos ou cavidades do corpo; -Tecido necrosado em escara; -Osteomielite sem tratamento e com malignidade na ferida.	

		abdome aberto, compartimental e Fournier.		
--	--	---	--	--

29. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)

É realizado em regime domiciliar para pacientes que necessitem de tratamento que dependam de equipamentos para auxílio de funções vitais e/ou exijam aplicação de recursos terapêuticos para cura ou controle do processo patológico. A assistência é prestada ao paciente em sua residência por equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e serviço social), com o objetivo de evitar a hospitalização. É importante compreender que o programa só será indicado pelo médico assistente para o paciente que apresentar um quadro clínico que justifique este tipo de atendimento, não será indicado se o paciente necessitar apenas de cuidados básicos tais como: higiene no leito, troca de fraldas, ajuda para mudar de posição ou para caminhar, bem como o preparo ou administração de medicamentos orais ou alimentos. Assim quando o paciente admitido necessitar exclusivamente de procedimentos básicos como acima citados, o Programa será suspenso por ausência de indicação absoluta. É indispensável que o beneficiário / responsável aprove a assistência dentro dos padrões do Programa, assinando a Carta Acordo. A família deve garantir a presença contínua de um cuidador / responsável pelo paciente, que auxiliará nos cuidados do paciente. O programa está dividido em duas modalidades de assistência: Internamento hospitalar (Home care) e Assistência domiciliar básica especializada.

PRINCIPAIS OBJETIVOS DO PROGRAMA A SEREM ALCANÇADOS:

- 1 –Promover através da assistência em domicílio a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
- 2 –Reabilitação da saúde do paciente, buscando-se evitar a necessidade de internação/reinternação hospitalar.

INTERNAMENTO DOMICILIAR (Home care)

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

DIÁRIAS DE HOME CARE

Serviço de enfermagem contemplado em diárias incluem rotinas tais como: aplicação de injeções, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicosúria, curativos, lavagem e troca de bolsa de colostomia, de assepsia e higiene, embrocação vaginal, colocação ou retirada de tampão vaginal ou anal, sinais vitais, mudança de decúbito, sondagem nasogástrica, vesical e retal, aspirações e demais procedimentos inerentes a assistência de enfermagem conforme código de ética da profissão.

CÓDIGO	Descrição	Itens INCLUSOS nas Diárias de Home Care	Itens NÃO INCLUSOS nas Diárias de Home Care (Alta, Baixa e Média Complexidade)
9700003 1	Diária de Home Care – Alta Complexidade e (24h de enfermagem)	<ul style="list-style-type: none"> -Assistência de enfermagem 24 h, prestada por técnico de enfermagem; – Supervisão de enfermagem (semanal); – Avaliação Médica; – Atendimento médico as intercorrências de pacientes internados; – Avaliação de nutricionista, fonoaudióloga e fisioterapeuta enquanto houver assistência; – Materiais de prevenção de escaras – Remoções para admissão; –Treinamento para a família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta; – Fraldas descartáveis, limitando-se a 03 (três) por dia; – Colchão e Cama com grade lateral; – Escadinha; – Suporte para soro; – Cadeira de rodas e higiênica; – Tensiómetro e estetoscópio; – Termômetro – Aspirador; – Nebulizador; -Poltrona, andador e muletas 	<ul style="list-style-type: none"> -Visita Médica de acompanhamento semanal (Alta Complexidade); -Visita Médica de acompanhamento mensal (Média e Baixa Complexidade) -Materiais de higiene do paciente (sabonete, antisséptico oral, hidratante, algodão para banho, creme barreira) - custo e responsabilidade da família ; -Pareceres de especialistas, desde que plenamente justificada em prontuário médico; -Sessões de Fisioterapia motora e respiratória em quantitativo prescrito por médico assistente (mediante justificativa com autorização prévia); -Sessões de Fonoaudiologia em quantitativo prescrito por médico assistente (mediante justificativa com autorização prévia da auditoria do Saúde Recife); -Remoção para realização de exames ou procedimentos; -Medicamentos e Materiais inerentes à patologia e aos procedimentos realizados; – Exames inerentes à patologia e/ou a causa que originou a internação do paciente (SADT); -Dietas especiais industrializadas

			(mediante solicitação e justificativa médica e com autorização prévia); – Hemoderivados; – Monitor Cardíacos / PNI; – Bombas de infusão; – Oxímetro; – Respirador; – Desfibrilador; – Colchão caixa de ovo; – Materiais especiais.
9700003 2	Diária de Home Care – Baixa Complexidade e (06h de enfermagem)	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência de enfermagem 6 h, prestada por técnico de enfermagem. - Supervisão de enfermagem (semanal); - Avaliação Médica; - Atendimento médico as intercorrências de pacientes internados; -Avaliação de nutricionista, fonoaudióloga e fisioterapeuta enquanto houver assistência; - Materiais de prevenção de escaras - Remoções para admissão; - Treinamento para a família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta; - Fraldas descartáveis, limitando-se a 03 (três) por dia; - Colchão e Cama com grade lateral; - Escadinha; - Suporte para soro; - Cadeira de rodas e higiênica; - Tensiômetro e estetoscópio; - Termômetro - Aspirador; - Nebulizador; -Poltrona ,andador e muletas 	
9700003 3	Diária de Home Care – Média	-Assistência de enfermagem 12 h, prestada por técnico de	

	Complexidad e (12h de enfermagem)	<p>enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervisão de enfermagem (semanal); - Avaliação Médica; - Atendimento médico as intercorrências de pacientes internados; - Avaliação de nutricionista, fonoaudióloga e fisioterapeuta enquanto houver assistência; - Materiais de prevenção de escaras - Remoções para admissão; - Treinamento para a família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta; - Fraldas descartáveis, limitando-se a 03 (três) por dia; - Colchão e Cama com grade lateral; - Escadinha; - Suporte para soro; - Cadeira de rodas e higiênica; - Tensiômetro e estetoscópio; - Termômetro - Aspirador; - Nebulizador; -Poltrona, andador e muletas 	
--	------------------------------------	--	--

DIÁRIAS DE HOME CARE NA MODALIDADE DE PACOTE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
97000039	PACOTE DE DIÁRIA DE ALTA COMPLEXIDADE (24HS) COM VENTILAÇÃO MECÂNICA	1.200,00
97000040	PACOTE DE DIÁRIA DE ALTA COMPLEXIDADE (24HS)	900,00
97000041	PACOTE DE DIÁRIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE (12HS)	500,00
97000042	PACOTE DE DIÁRIA DE BAIXA COMPLEXIDADE (06HS)	R\$ 250,00



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE DIÁRIAS

- 1.1 Permanência de profissionais de enfermagem (auxiliares e/ou técnicos), considerando a quantidade de horas necessárias, de acordo com as tabelas descritas acima; INCLUSO
- 1.2 Visitas de enfermagem até 1x/semana, incluindo supervisão ou procedimentos a serem executados /realizados por este profissional; INCLUSO
- 1.3 Visita Médica Conforme Necessidade do Paciente INCLUSO
- 1.4 Procedimentos médicos e de enfermagem passíveis de realização em domicílio, como troca de TQT, GTT, BOTTONS, Desbridamento, SNE e etc;
- 1.5 Visita de Nutricionista Até 1x/mês
- 1.6 Sessão de Fisioterapia Motora/Respiratória (Até 7 x por Semana)
- 1.7 Sessão de Fonoaudiologia INCLUSO
- 1.8 Avaliação e acompanhamento do serviço social quando necessário; INCLUSO
- 1.9 Remoção para Implantação da Internação Domiciliar; INCLUSO
- 2.0 Atendimento de intercorrência; INCLUSO
- 2.1 Fornecimento de oxigenioterapia necessária, independente da fonte utilizada; INCLUSO
- 2.2 Estão inclusos materiais, medicamentos e dietas necessários ao tratamento do paciente, exceto quimioterápicos, imunobiológicos, anti-fúngicos de 3ª geração e curativos terapia por pressão negativa (esponja/ espuma/ compressa/ reservatório); INCLUSO
- 2.3 Mobiliários e equipamentos necessários para a Internação Domiciliar conforme necessidade técnica do paciente INCLUSO

Relação de mobiliários, utensílios e equipamentos inclusos nas diárias de internação domiciliar:

Cama completa (grade, colchão e escadinha) manual ou elétrica

Ambú, Base aquecida ou filtro umidificador, BIPAP, CPAP, Conexão universal T e/ou reta e material para ventilação.

Suporte de soro

Aparadeira/Comadre ou Papagaio

Poltrona

Aparelho de glicemia

Cadeira de rodas higiênicas e cadeira de rodas para transporte (padrão)



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



Aspirador elétrico

Bacia inox, Bandeja Inox e Cuba rim

Andador articulado ou muletas axilar ou canadense, em substituição a cadeira de rodas.

Colchão pneumático

Bomba de infusão (em quantidade necessária para atender a prescrição médica)

Cilindro ou concentrador de oxigênio e cilindro de oxigênio stand by

Fluxômetro, Manômetro, Copo umidificador e nebulizador portátil.

Gerenciador de energia (nobreak)

Maleta de urgência

Oxímetro de pulso

Termômetro, Estetoscópio e Tensiômetro

Assistência domiciliar básica especializada.

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

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

Ações do Programa Assistência domiciliar básica especializada.

1-Suporte de Oxigenoterapia Domiciliar: Através do fornecimento de equipamentos para dependentes de oxigênio suplementar na assistência do paciente neste programa.

2-Medicação Domiciliar: Administração de medicações injetáveis em pacientes desospitalizados, mas que seguem em tratamento, conforme prescrição médica.

3-Fisioterapia Domiciliar: Atendimento de fisioterapia motora e/ou respiratória para os pacientes com dificuldades físicas de mobilidade, mediante laudo e justificativa médica.

4-Fonoterapia Domiciliar: Atendimento ou tratamento fonoaudiológico para os pacientes com dificuldades físicas de mobilidade, mediante laudo e justificativa médica.

5 Realização de curativos- Os beneficiários atendidos pelo programa de assistência domiciliar básica especializada, caso necessitem de curativos simples ou industrializados estes serão analisados e autorizados seguindo os critérios específicos de curativos constante neste manual.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



Pacote Gerenciamento de Crônicos –GPC

Inclui:-Acompanhamento presencial em domicílio de Médico e Enfermeira (01 visita aprazada de médico e enfermeiro intercalada) Nutricionista(avaliação), Fisioterapeuta (avaliação), Fonoterapia (avaliação) atendimento de intercorrências (assistência Pré Hospitalar – APH)

Exclui: Medicamentos, Materiais Descartáveis, visita dos Médicos Especialistas, Dietas, Oxigenoterapia, Curativos, Fisioterapia(Sessões), Fonoterapia (Sessões), Materiais Especiais e Remoções fora do estabelecido no item Inclui.

GRUPOS DE PATOLOGIAS PREFERENCIALMENTE ATENDIDAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR BÁSICA ESPECIALIZADA

- 1 – Patologias Respiratórias Crônicas
- 2 – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC
- 3 – Fibrose Pulmonar -FP
- 4 – Displasias Bronco pulmonares – DBP

TAXAS DE SERVIÇOS

- As taxas de serviços utilizadas no Internamento Domiciliar (Home care) e na Assistência domiciliar básica especializada serão pagas de acordo com a tabela negociada pela saúde Recife.
- Quaisquer outras taxas de serviços, não poderão ser cobradas à CONTRATANTE, sem prévia negociação entre as partes interessadas.

TAXA DE EQUIPAMENTOS

- As taxas de equipamentos utilizadas no Internamento Domiciliar (Home care) e na Assistência domiciliar básica especializada serão pagas de acordo com a tabela negociada pela saúde Recife.
- Nas Taxas de equipamentos estão inclusos todos os descartáveis e acessórios necessários para o seu uso e funcionamento.
- As taxas descompromete a CONTRATANTE de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.

FORMA DE INGRESSO DO BENEFICIÁRIO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)

-Para admissão do paciente no Programa é necessária a solicitação do médico assistente do paciente ao Saúde Recife. Após a solicitação do médico assistente para inclusão do paciente no **PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)** será realizada uma avaliação pela equipe de auditoria do Saúde Recife.

-A Autorização inicial para admissão do paciente no PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



(PAD) se dá após definição da modalidade de atendimento que o paciente será incluso e estará condicionada a aplicação da **TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL (ABEMIB)**, aplicada pela auditoria do Saúde Recife. Após a avaliação do paciente e aplicação da tabela citada o prestador credenciado solicita uma guia para o atendimento domiciliar no sistema do Saúde Recife.

-O beneficiário só será considerado ativo no programa quando ele ou seu responsável assinar a carta acordo do PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD), sendo responsabilidade do prestador de serviços credenciado sua aplicação, coleta e entrega deste instrumento ao Saúde Recife.

-No ato da assinatura da carta acordo o beneficiário ou seu responsável receberá explicação detalhada sobre as condições da assistência a ser prestada, ficando ambos comprometidos a cumprir as orientações e ações do Programa.

-A escolha da empresa responsável pela assistência ao paciente será feita através do perfil do quadro clínico do paciente, da localização do local onde será prestado o serviço e disponibilidade da empresa.

FLUXO DE ALTA DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)

A duração do período de permanência do paciente no programa será definida pela equipe que presta a assistência acompanhado da equipe de auditoria do Saúde Recife, que comunicará a família a indicação da suspensão da assistência pelo programa. Fica ainda ciente o beneficiário, familiares e responsáveis que esta cobertura poderá ser suspensa a qualquer momento por iniciativa do Saúde Recife por indisciplina, mudança de domicílio, a pedido do responsável, indicação médica, melhora clínica, mudança de serviço, transferência hospitalar e óbito.

-O prestador informará ao Saúde Recife a alta do paciente do **PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)**

-O prestador sempre informará com antecedência aos responsáveis a retirada de equipamentos em caso de alta, dando um prazo adequado para readaptação da família.

-A alta do programa será sempre feita após um treinamento do cuidador quando for o caso, para evitar descontinuidade nos cuidados do paciente;

FLUXO DE ACOMPANHAMENTO

-A empresa pode solicitar a prorrogação entres os dias 21 a 20 do mês anterior (a partir da internação, para os pacientes em INTERNAMENTO DOMICILIAR - Home care) ou quando houver mudança na conduta médica, no sistema do Saúde Recife. A autorização da prorrogação será baseada após avaliação do quadro clínico do paciente pela auditoria da saúde Recife.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



-As solicitações de prorrogações para os pacientes assistidos na modalidade de Assistência domiciliar básica especializada deverão ser solicitadas a cada 30 dias.

-O Saúde Recife encaminhará para o prestador credenciado na modalidade de Assistência domiciliar básica especializada o beneficiário que deverá ser assistido no programa, sendo o credenciado responsável pelo acompanhamento de todos os pacientes ativos no programa. O desligamento ocorrerá após avaliação do médico assistente.

-As diárias de Home Care se encerram às 10 horas, com tolerância de até 2 horas. Altas após este período deverão ser justificadas.

-Em caso de óbito, após as 12 horas, será paga a diária conforme tempo de permanência; em Home Care.

FLUXO DE LIBERAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E MEDICAÇÕES

O orçamento inicial do material e medicamento do paciente ainda internado deverá ser enviado, baseado na prescrição do paciente, acompanhado da última prescrição original do hospital;

As dietas industrializadas, em uso hospitalar não serão inicialmente liberadas para a internação domiciliar. Dietas industrializadas e alimentação parenteral/enteral são consideradas terapias de alto custo e seguem regra de solicitação e autorização prévias. Caso ocorra indicação de nutrição parenteral/enteral estas deverão ser solicitadas e justificadas e devem estar de acordo com o protocolo do Saúde Recife. Não cabe a autorização de dieta parenteral/enteral quando já autorizado o pacote de diária de Home Care pois, a dieta já está inclusa neste.

O procedimento médico eletivo que gerar uso de materiais descartáveis de alto custo fora da tabela de descartáveis do Saúde Recife deve ser solicitado previamente. Os materiais deverão ser solicitados e cotados para posterior autorização, nos casos de urgência /emergência as autorizações devem ser solicitadas em até 72 horas posteriores a realização do procedimento.

Os esquemas de antibiótico, em diárias de conta aberta, devem ser pedidos em formulário próprio do Saúde Recife, acompanhado de resultado de culturas e sensibilidade ao antibiótico, constando na solicitação os seguintes dados: nome, marca, quantidade, dosagem, tempo e horário de utilização, para serem previamente autorizados pela Saúde Recife;

OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:

-Apresentar o controle dos indicadores de gestão mensalmente à Divisão de Promoção a Saúde e Prevenção de Doenças do Saúde Recife que coordena o programa.

-Comunicar a equipe de auditoria do Saúde Recife qualquer intercorrência com o paciente sob seus gerenciamentos tais como: necessidade de atendimento de urgência em hospitais, internações, óbitos, mudanças na complexidade de atendimento.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



-Manter a equipe de auditoria do Saúde Recife informada de quaisquer anormalidades relativo ao descumprimento de prescrição médica e do(a) enfermeiro(a), como comportamento inadequado do beneficiário e/ou familiar, para tomada de providências cabíveis.

Enviar mensalmente, o orçamento atualizado de todos os pacientes internados em Home Care.

-Os médicos assistentes devem enviar relatórios mensais descrevendo o quadro de cada paciente internado, para acompanhamento.

-É obrigação do prestador de serviços credenciado comunicar ao Saúde Recife, qualquer intercorrência com os beneficiários sob seus gerenciamentos tais como: necessidade de atendimento de urgência em hospitais, internações, necessidade de atendimento de procedimento de média complexidade domiciliar, etc;

-Os equipamentos de proteção individual utilizados por funcionários do serviço contratado serão de responsabilidade da contratada;

Regras Gerais

1. SADT e honorários Médicos serão pagos mediante Tabela de Procedimento da Saúde Recife.

2. A rotina da visita médica deverá seguir o seguinte padrão: alta complexidade (01/semana), média e baixa – conforme indicação e mediante justificativa, com autorização prévia da auditoria do Saúde Recife

3. As intercorrências em residências ocasionadas pelas doenças de base serão realizadas por equipe multidisciplinar em UTI móvel (APH) e estão incluídas no Pacote de Gerenciamento de Crônicos.

4. Em caso de intercorrência, no período de 30 dias, por paciente, está incluso no pacote 01 (uma) remoção para fins de atendimento hospitalar. Os demais deslocamentos, quando justificados serão valorados conforme tabela específica.

5. A troca de dispositivos deve seguir o protocolo do Saúde Recife.

6. Não está incluso no Programa de Assistência domiciliar básica especializada, ambulância para exames, consultas e remoções entre hospitais. A Remoção para realizar exames e procedimentos médicos só será autorizada quando ocorrer total impossibilidade de deslocamento do paciente.

7. A família deverá manter os exames complementares do assistido, bem como relatório médico em uma pasta em local protegido, porém de fácil acesso para a equipe do Programa Assistência Domiciliar Básica Especializada,

8. Será cobrada a coparticipação pela utilização das terapias (sessões de fisioterapia, fonoterapia), visita médica e de enfermagem além das citadas como integrante do programa, utilização a assistência em saúde, procedimentos através da Rede prestadora de serviços, conforme previsto no regulamento do Saúde Recife.

9. Na planilha de terapias deverá constar assinatura do beneficiário ou responsável de acordo com terapia e data da realização.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



10. Em casos de urgência e emergência a família deverá acionar a empresa prestadora do Programa Assistência domiciliar básica especializada, para avaliação e APH que inclui uma remoção mensal ao hospital se houver indicação médica.

11. A CONTRATANTE não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias que advirem, fora das especificadas deste ACORDO HOSPITALAR, gerado entre as partes.

12. Os exames complementares serão realizados pela rede credenciada do Saúde Recife, após solicitação do médico assistente e encaminhados para autorização.

13. Medicamentos de uso contínuo*, por doenças crônicas e que já vinha sendo usado previamente ao internamento do paciente, não terão cobertura pelo Saúde Recife. Os Medicamentos por via oral e de uso crônico ou contínuo*, serão responsabilidades da família. Medicamentos de uso contínuo*- São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente (Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998); salvo para diárias autorizadas por pacote.

14. Materiais de higiene pessoal e de conforto, não fazem parte da cobertura do Saúde Recife.

15. Os procedimentos médicos deverão ser pedidos previamente, em formulário próprio com as documentações que justifiquem tal pedido. Deverá ser solicitado ao Saúde Recife e terá um período de 72hs horas úteis para ser respondido.

16. As solicitações médicas de consultas, exames, internação ou procedimentos deverão ser solicitadas em sistema para que sejam analisados e autorizados pelo Saúde Recife.

17. Em casos de urgência e emergência a família deverá acionar a empresa prestadora do Programa Gerenciamento de Crônicos, para avaliação e APH que inclui uma remoção mensal ao hospital se houver indicação médica.

18. Toda alteração de orçamento precisa ser comunicada. Medicamentos, materiais descartáveis, dietas industrializadas (independentemente do valor) e curativo especiais (independente de valor) precisam de autorização prévia.

19. Após a liberação do orçamento inicial da internação domiciliar, toda modificação deverá ser previamente solicitada e justificada para ser analisada e autorizada pelo Saúde Recife;

20. As solicitações das mudanças descritas no item acima, deverão ser enviadas ao Saúde Recife, em formulário próprio, acompanhadas por relatório médico, resultado de exames que comprovem a necessidade da utilização dos mesmos, e somente poderão ser usados após autorização do Saúde Recife;

CARTA ACORDO

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, ACORDO E SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



Eu, _____ responsável pelo Sr.
(a) _____

Segurado(a) do Saúde Recife, matrícula nº _____

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

Assinatura do Responsável

Nome em letra de Forma/Grau de Parentesco

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

Assinatura do Cuidador ou Responsável

Nome em letra de Forma/Grau de Parentesco

Data _____

FICHA DE CONTROLE DE VISITAS

FICHA DE CONTROLE DE VISITAS PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)

NOME DO PACIENTE:.....

CARTEIRA:.....

DATA DE ADMISSÃO:.....

PACOTE DO PACIENTE

NOME DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU A VISITA	ASSINATURA DO PROFISSIONAL	ASSINATURA DO PACIENTE	MONITORAMENTO TELEFÔNICO / NÚMERO DO TELEFONE	DURAÇÃO DA VISITA



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



- Os materiais descartáveis utilizados deverão ter seu registro na ficha clínica do paciente, com comprovação de sua utilização e devem estar relacionadas à pertinência das indicações; prescrição (adequação da quantidade);
- Materiais de higiene e conforto será responsabilidade da família, salvo na autorização de diárias por pacote.

OBSERVAÇÃO: Os materiais descartáveis utilizados serão pagos de acordo com o item 18 deste manual.

DIETA

As dietas industrializadas serão autorizadas obedecendo o item 25 deste manual.

GASES MEDICINAIS

Os gases medicinais serão pagos de acordo com a tabela negociada da Saúde Recife e regras estabelecidas no item 20 deste manual.

CURATIVOS E COBERTURAS ESPECIAIS INDUSTRIALIZADAS

-Curativos que necessitem de cobertura especial (Placas), deverão ser autorizados previamente pelo Saúde Recife, após relatório técnico justificando a finalidade, plano terapêutico a ser instituído e material a ser utilizado. O material especial será pago pelo Simpro/Brasíndice sem margem de comercialização; Não cabe esta regra para diárias autorizadas por pacote.

-O valor individual de cada cobertura especial industrializada obedecerá ao seu respectivo indicativo na tabela Brasíndice com um deflator de 10%.

-Os curativos devem ser acompanhados pelos enfermeiros assistenciais, realizando relatórios mensal da lesão, com envio de fotos, para acompanhamento ou quando houver necessidade de mudança da conduta médica.

30. AUDITORIA DE CONTAS

- A produção dos atendimentos realizados deverá ser apresentada a equipe de auditoria externa do Saúde Recife (médica e de enfermagem) até o dia 25 de cada mês para análise, disponibilizado o período de 25 a 30 de cada mês para discussões entre as auditorias (contratante e contratado). Para efeito de pagamento, serão considerados apenas as faturas apresentadas devidamente analisadas, assinadas e carimbadas pela auditoria externa da saúde Recife;

- A auditoria das contas será realizada nas dependências do prestador, pela equipe de auditoria da Saúde Recife; médico e enfermeiros;

- O prestador deverá colocar em sistema toda a sua demanda do que necessita ser



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



autorizado previamente antes da realização da auditoria in loco.

- A análise das faturas será baseada nos parâmetros fornecidos pelo Saúde Recife.
- O prestador deverá fornecer toda documentação necessária para realização da auditoria das contas, sem o qual não poderá ser realizado.
- Em hipótese alguma serão aceitas rasuras ou acréscimos ao prontuário/ficha clínica sem a devida identificação do profissional que prescreveu.
- O auditor será responsável pela análise de todos os itens da conta; diárias, medicamentos, taxas, gasoterapia, materiais descartáveis e horários.
- Após a análise das contas pela equipe de auditoria, o prestador deverá enviar por meio eletrônico e físico em tempo hábil as contas para o faturamento do Saúde Recife.
- As contas do **PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)** serão analisadas mensalmente, após a documentação das visitas realizadas pela equipe, vistoria do que foi efetivamente utilizado e realizado no domicílio do paciente;

31. REGRAS GERAIS PARA ENTREGA, COBRANÇA E PAGAMENTOS DE ATENDIMENTOS (APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO)

31.1 ENTREGA DA PRODUÇÃO

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

PRAZOS E ENTREGA DE GUIAS ELETRÔNICAS E CONTAS FÍSICAS

- A competência de produção do atendimento compreende o período entre o dia 21 (vinte e um) do mês em curso até o dia 20 (vinte) do mês subsequente;
- A produção gerada dos atendimentos realizados entre o **dia 21 (vinte e um) do mês em curso até o dia 20 (vinte) do mês subsequente** deverá ser entregue até o dia 10 do mês subsequente ao mês de produção, por meio eletrônico e físico.
- A inobservância por parte do credenciado do prazo disposto no item anterior desobriga o Saúde- Recife do pagamento pelo atendimento prestado dentro da competência do atendimento;
- O **CRENCIADO** terá o prazo de até 60 (sessenta) dias, contados do atendimento/confirmação prestado, para apresentação na sede da saúde Recife da fatura, e dos demais documentos comprobatórios da execução dos serviços, inclusive registro eletrônico da respectiva guia correspondente ao atendimento. Findo o prazo de 60 (sessenta) dias, será considerada inapta para pagamento qualquer fatura apresentada.
- As autorizações de materiais de medicamentos de alto custo deverão ser anexadas as faturas apresentadas ao Saúde Recife.



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



- As guias de internação compreendida entre o dia 21 (vinte e um) do mês até o dia 20 (vinte) do mês subsequente deverão ser entregues até o dia 10 (dez) do mês seguinte. A não entrega das contas no prazo determinado provoca a perda da competência para pagamento, ou seja, as guias entregues após o dia 10 entrarão no processo de faturamento da competência posterior (processo de faturamento como passivo).

- As contas parciais deverão ser fechadas no sistema informatizado com até no máximo 10 diárias. Após o fechamento as guias deverão ser enviadas, loteadas e entregues no Saúde Recife com as faturas físicas para fins de pagamento.

FATURAMENTO ELETRÔNICO E ENTREGA DAS FATURAS

- Para envio por meio eletrônico, o Prestador deve acessar o Portal Conecta (<https://portalconectasaude.com.br/>), gerar ou realizar o upload do arquivo XML de cobrança;

- Para validação da cobrança, o Prestador deverá, após o envio em sistema do arquivo XML entregar o meio físico das faturas lançadas no Portal Conecta. As faturas deverão estar organizadas, discriminadas e apresentadas com Capa de Lote. O Valor de cada lote deve estar em consonância ao estipulado pelo Saúde Recife.

- O fechamento das Guias deverá ser realizado no sistema informatizado e as Contas Físicas entregues na Central de serviços do Saúde Recife, de acordo com calendário enviado mensalmente aos prestadores especificando data e horário;

- O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas;

- O CREDENCIADO terá os seguintes prazos para apresentação da fatura/nota fiscal, e dos demais documentos comprobatórios da execução dos serviços, inclusive registro eletrônico da respectiva guia correspondente ao atendimento:

I - Até 60 (sessenta) dias, contados do término do atendimento prestado;

II - Findo o prazo de 60 (sessenta) dias, será considerada inapta para recebimento e pagamento qualquer fatura apresentada;

32.2- COBRANÇA E PAGAMENTO:

- O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas;

- O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário vigente em cada guia de consulta/procedimento/exame, conforme Tabela Própria vigente do Saúde Recife.

- As guias recebidas serão submetidas ao controle pré-pagamento e processamento, cabendo-lhe a emissão de glosa parcial ou total, sob evidência objetiva de irregularidade;



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores

Gerência de Saúde

Credenciamento 001/2018



- As guias geradas em sistema que por algum motivo não resultaram em atendimento do beneficiário, terão que ser obrigatoriamente canceladas pelo prestador na opção cancelar protocolo, disponível em Sistema. Caso as cobranças sejam apresentadas apesar desta inconformidade, serão glosadas automaticamente, não cabendo o direito a recurso de glosa;
- As cobranças dos atendimentos Prestados devem ser apresentadas ao Saúde Recife, por meio Físico e Eletrônico no Prazo máximo de até 60 dias após a data de atendimento.
 - Caso o Prestador possua locais de atendimento distintos em Recife, porém com um só CNPJ deve ser feita a entrega em um único lote uma vez que as entregas devem ser por CNPJ e nome Fantasia do credenciado em cada lote;
 - Caso o prestador possua CNPJ diferente em um mesmo município ou de municípios distintos, as entregas devem ser feitas por lote para cada CNPJ e nome Fantasia. Cada lote deve ser equivalente a um CNPJ e um nome fantasia;
 - As faturas de atendimentos autorizados e rejeitadas por erro de preenchimento, rasuras, críticas do sistema operacional informatizado, etc., serão devolvidas ao credenciado, para as correções que se fizerem necessárias, podendo, nestes casos, serem reapresentadas desde que não ultrapassem o prazo limite de apresentação de contas (60 dias após a data de atendimento), não cabendo recebimento após o encerramento deste prazo. Reapresentadas e aceitas, passarão também pelo controle e processamento devidos da auditoria administrativa;
 - O pagamento será efetuado através de crédito em conta bancária informada pelo prestador contratado, cabendo observar:
 - A vigência de pagamento da produção é de 60 (sessenta) dias após a entrega das contas.
 - O valor a ser pago é aquele apurado após o processamento da produção apresentada (auditoria).
 - O valor será creditado na conta bancária do prestador.
 - O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário constante em cada guia de consulta/procedimento/exame, conforme Tabela Própria do Saúde Recife vigente, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado;
 - As guias recebidas serão submetidas ao controle pré-pagamento e processamento, cabendo-lhe a emissão de glosa parcial ou total, sob evidência objetiva de irregularidade, cabendo ao credenciado solicitar ao Saúde Recife o recurso sobre glosas realizadas;
 - Os Recursos de Glosas poderão ser solicitados em até 60 dias após a data de pagamento por meio eletrônico.

COBRANÇA DE HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.

- Nos casos em que o procedimento possua porte anestésico, para fins de cobrança a senha



Autorquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



do procedimento será disponibilizada pelo hospital para que o anestesista gere a sua cobrança eletrônica e física.

- A cobrança deverá ocorrer mediante envio por meio eletrônico e Físico, o Prestador deve acessar o Portal Conecta (<https://portalconectasaude.com.br/>), gerar ou realizar o upload do arquivo XML de cobrança, criar Lotes de cobrança e entregar na Central de Serviços do Saúde Recife, situada na Av. Manoel Borba nº 488 - Boa Vista, de segunda e sexta-feira, de 8 às 16 horas.

- A produção gerada dos atendimentos realizados entre o **dia 21 (vinte e um) do mês em curso até o dia 20 (vinte) do mês subsequente** deverá ser entregue até o dia 10 do mês subsequente ao mês de produção, por meio eletrônico e físico.

- A auditoria do Saúde Recife retornará com apontamento das glosas até o dia 25 do mês em curso;

- A análise dos apontamentos das glosas, pela cooperativa, deverá ocorrer em até 05 dias úteis, a contar do recebimento;

- Após a análise haverá a realização de consenso de auditoria (administrativo e técnico) em até 3 dias úteis;

- A geração da cobrança da guia de honorários ocorrerá a partir da informação do número da guia do procedimento autorizado que será fornecido pelo hospital;

- O prestador hospitalar deverá entregar ao anestesista, para fins de cobrança, a senha da guia de internação hospitalar que acompanhado do boletim anestésico deverão ser entregues pelo anestesista na COOPANEST, para fins de cobrança;

- Caso a guia do honorário do anestesista não seja gerada automaticamente durante uma internação, o que pode ocorrer em procedimentos de urgência será de inteira responsabilidade do anestesista solicitar ao prestador o número da guia que foi posteriormente autorizada para o procedimento e realizar o acesso no sistema informatizado do Saúde Recife e assim gerar a cobrança dos honorários individuais;

- Caso ocorra eventual divergência entre a fatura de cobrança da COOPANEST, boletim de anestesia, descrição cirúrgica e a guia autorizada no sistema informatizado, poderão criar diferença no pagamento; uma vez que o sistema informatizado realiza o faturamento eletrônico a partir da guia registrada que nele está.

- Não será acatada a cópia da guia do procedimento para fins de cobrança do acompanhamento anestésico;

- O pagamento dos honorários do anestesista será valorado segundo os portes constantes no anexo correspondente a Rol de Procedimentos definido no Edital Credenciamento - Saúde Recife - Anestesia, e a cobrança dos honorários deverão ocorrer conforme os portes referidos;

- Em relação aos valores dos portes de anestesia pagos pelo Saúde Recife, são estabelecidas as regras a seguir:

- O Saúde Recife pagará, mensalmente, a COOPANEST, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme Rol de Procedimentos do Edital



Autarquia Municipal de
Previdência e Assistência à Saúde
dos Servidores
Gerência de Saúde
Credenciamento 001/2018



Credenciamento - Saúde Recife – Anestesia, acordado com a COOPANEST e editado pelo Saúde Recife;

- Na tabela o porte anestésico 0 (zero) significa **NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)**

- Após a análise das contas pela equipe de auditoria, o prestador deverá enviar em tempo hábil as contas por meio físico e eletrônico ao faturamento do Saúde Recife.

- As contas parciais do Programa de Atendimento Domiciliar deverão ser fechadas no sistema informatizado do Saúde Recife. Após o fechamento as guias deverão ser entregues em lotes no Saúde Recife com as faturas físicas para fins de pagamento.

- O Saúde Recife pagará pela prestação da assistência no programa de Gerenciamento de Crônicos o valor definido na tabela por beneficiário, mensalmente inscrito, e ativo, visitado e avaliado pelo Programa;

- O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas;

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

REGRA GERAL

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