

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMPLEMENTAR
Nº XXXXXX**

CONTRATANTE: DE ACORDO COM A CIÊNCIA DO CONTRATO, CPF nº _____, residente e domiciliado _____, (CEP), (cidade)-(UF), telefone: _____, Local da cirurgia **NOME DO HOSPITAL**, em dd/mm/aaaa às hh:mm hs, Médico Responsável _____, especialidade, CRM nº _____.

CONTRATADA: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E BIOÉTICA – ANADEM, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ nº 03.432.472/0001-01, com sede na SHS Quadra 02, Bloco J, sala 101, Mezanino, Asa Sul, CEP 70.322-901, Brasília, DF, plantão de atendimento fone 0800-61-3333.

DADOS DO PACIENTE PROTEGIDO: NOME PACIENTE, inscrito no RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado _____, (CEP), (cidade)-(UF), telefone: _____, e-mail: _____.

Estender proteção por mais 30 dias: Sim ou Não

Proteção de Infecções: Sim ou Não

As partes acima qualificadas firmam o presente Contrato de Prestação de Serviço Complementar, mediante as cláusulas que se seguem.

DO OBJETO

Cláusula 1ª. Trata-se de Contrato de Prestação de Serviço Complementar de assistência financeira ao **CONTRATANTE** e extensiva ao **PACIENTE PROTEGIDO**, de natureza pessoal, individual e intransferível, que garante ao **CONTRATANTE** o pagamento ou reembolso de despesas com intercorrências

diretamente relacionadas ao procedimento cirúrgico, observadas as demais disposições e cláusulas deste contrato.

Parágrafo primeiro. A contratação garante o pagamento das despesas relacionadas ao tratamento da intercorrência, caso o atendimento seja realizado nos hospitais credenciados à rede da **CONTRATADA** ou reembolso as despesas relacionadas ao tratamento da intercorrência caso realizado fora dos hospitais credenciados à rede da **CONTRATADA**. No caso de reembolso, este será feito conforme tabelas de referência disponíveis no site da **CONTRATADA** através do link: <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>. O pagamento ou reembolso é válido para intercorrências ocorridas em qualquer parte do território nacional, independentemente do local onde a cirurgia originária foi realizada.

Parágrafo segundo. Caso existam hospitais credenciados à rede do **CONTRATADA** na localidade de atendimento da intercorrência, o paciente deverá ser direcionado ao mesmo, caso exista disponibilidade para recebê-lo, ou, ao seu critério, ao hospital de sua preferência.

Cláusula 2ª. Abrangência: Despesas médicas e hospitalares necessárias para o atendimento, diagnóstico, tratamento, recuperação e restabelecimento de paciente submetido a procedimento cirúrgico, até a alta hospitalar; e desde que a necessidade de novos procedimentos médicos ou cuidados hospitalares tenham resultado diretamente de complicações do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) contratado(s), sem o concurso de outras causas preexistentes, concomitantes ou supervenientes como descompensação de doenças preexistentes.

Parágrafo único. O pagamento/reembolso abrange despesas médicas com intercorrências relacionadas a outras especialidades médicas, desde que diretamente decorrentes da cirurgia originária realizada.

Cláusula 3ª. Riscos Incluídos: exames para diagnóstico, laboratoriais e de imagem (SADT - Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia), honorários médicos (exceto o disposto na Cláusula 18ª deste contrato – cirurgião responsável pelo primeiro procedimento), transfusões, oxigênio e sua aplicação (exceto oxigenoterapia hiperbárica), diárias de internação em apartamento e UTI, transporte em ambulância até 100km e demais tratamentos clínicos e cirúrgicos de intercorrências trans e pós-operatórias dos procedimentos

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

contratados, exceto os itens constantes na Cláusula 4ª – Riscos Excluídos. Nos casos de utilização de OPME, a cobertura será somente para a utilização de materiais especiais desde que utilizados para tratamento da intercorrência e com justificativa técnica médica de utilização.

Cláusula 4ª. Riscos excluídos: infecções, insatisfação estética, assimetrias, fístula liquórica, sequelas motoras; sequelas neurológicas; perda ou diminuição da audição; danos ao aparelho vocal; paralisias ou parestesias; fibrose; tratamento psicológico; danos corporais; danos estéticos; danos morais; danos existenciais; lucros cessantes; judiciais indenizatórios; procedimentos experimentais e sem registro nos órgãos fiscalizadores competentes. Órteses e próteses para qualquer finalidade.

Parágrafo primeiro. Poderá ser contratada, como cobertura adicional, a extensão para amparo de infecções.

Parágrafo segundo. No caso de contratação da extensão, entende-se como infecção aquela diretamente advinda do ato cirúrgico contratado, ou seja, fisiopatologicamente ligada ao evento.

Parágrafo terceiro. Não se incluem nas infecções abonadas os quadros infecciosos que apresentem etiologia alheia ao trauma dos procedimentos cirúrgicos contratualizado, ou seja, eventos como, por exemplo: infecções virais tipo dengue, COVID-19, pneumonias comunitárias, parotidite, infecções sexualmente transmissíveis, hepatites e ou outras com causa(s) patológicas pré-existent, todas sem nexos causal com a fisiopatologia dos eventos contratados e realizados. Igualmente estão excluídas infecções provocadas por eventos extemporâneos, fortuitos ou provocados por terceiros, como, por exemplo agressões, acidentes e outras com concausa dependências: químicas, psíquicas e outras de qualquer natureza.

Parágrafo quarto. O valor da contratação da extensão para o amparo de infecções será de R\$ 490,00 (quatrocentos e noventa reais), devendo o pagamento ser realizado na mesma forma e prazo de contratação, ou seja, até às 23h e 59 min do dia anterior ao ato cirúrgico.

Cláusula 5ª. O limite pago/reembolsável, em caso de intercorrências trans ou pós-operatórias, será de até R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais),

respeitando as tabelas SIMPRO, BRASÍNDICE, CBHPM 16 e a Tabela Referência Para Reembolsos de diárias, taxas e gases medicinais e Tabela Complementar Para Reembolsos de honorários médicos, consultas, remoções, hemoderivados, materiais e medicamentos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download> considerando a contratação com ou sem a extensão da infecção, prevista no parágrafo quarto da Cláusula 4ª.

Cláusula 6ª. Deverão ser declarados no cadastro da cirurgia todos os procedimentos a serem realizados no ato cirúrgico de acordo com sua nomenclatura no sistema de cadastro de adesão da CONTRATADA, sob pena de indeferimento do pagamento/reembolso em sua totalidade.

DO PRAZO DA VIGÊNCIA

Cláusula 7ª. A vigência contratual começa a partir do início do ato cirúrgico contratado, desde que a contratação da prestação de serviço complementar seja efetuada através do registro dos dados da cirurgia no site <https://cirurgiasegura.com/>, bem como seu pagamento seja realizado até às 23h e 59 min do dia anterior ao ato cirúrgico.

Cláusula 8ª. O término da vigência contratual ocorrerá 30 (trinta) dias após a data da realização do ato cirúrgico contratado executado de acordo com o registro em prontuário médico.

Cláusula 9ª. A execução dos procedimentos que visem correção das intercorrências diagnosticadas poderá ser realizada em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após o procedimento cirúrgico contratado.

DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

Cláusula 10ª. O valor do presente contrato é de R\$ 000,00 (xxxxxxxxx reais), obedecendo aos critérios de riscos estabelecidos no título “ELEMENTOS TÉCNICOS PARA APURAÇÃO DO VALOR DA CONTRATAÇÃO”, conforme o cadastro do ato cirúrgico contratado, variando de R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais), relativo ao risco mínimo, até R\$ 715,00 (setecentos e quinze reais), relativo ao risco máximo.

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

Parágrafo único. Em caso de cancelamento da cirurgia, o valor pago pela contratação do presente será ressarcido no prazo de 30 (trinta) dias, desde que o cancelamento seja notificado em até 24 horas após a data em que seria realizada a cirurgia contratada, sob pena de perda do direito ao ressarcimento. Considera-se como cirurgia cancelada todos os procedimentos cadastrados na contratação.

DAS CONDIÇÕES DO PAGAMENTO/REEMBOLSO

Cláusula 11ª. As despesas passíveis de pagamento/reembolso deverão ser exclusivamente decorrentes da cirurgia previamente cadastrada no momento da efetivação do presente contrato.

Cláusula 12ª. Somente terá direito ao pagamento/reembolso se o procedimento cirúrgico for realizado por profissional legalmente habilitado na correspondente especialidade médica, conforme informações prestadas na contratação.

Cláusula 13ª. Para ter direito ao pagamento/reembolso, a intercorrência médico/cirúrgica deverá ser comunicada no prazo de 72 (setenta e duas) horas da constatação/diagnóstico da intercorrência, e desde que a mesma tenha sido detectada em até 30 (trinta) dias do pós-operatório. Caso a intercorrência não cumpra os prazos de comunicação e de cobertura, o pagamento/reembolso das despesas relacionadas à intercorrência será indeferido.

Cláusula 14ª. Somente será permitida a contratação de procedimentos cadastrados de acordo com sua nomenclatura no sistema de cadastro de adesão da CONTRATADA. Caso o procedimento realizado não condisser com o procedimento cadastrado, não haverá direito ao pagamento/reembolso.

Cláusula 15ª. Não será efetuado pagamento/reembolso de cirurgias reparadoras provenientes da intercorrência associada a outros procedimentos cirúrgicos.

Cláusula 16ª. Não será efetuado pagamento/reembolso de honorários do cirurgião responsável pelo primeiro procedimento cirúrgico.

Cláusula 17ª. O pagamento/reembolso de materiais, medicamentos, curativos (exceto curativos por pressão negativa), terapias e fisioterapias, somente

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

ocorrerá enquanto o paciente permanecer internado no hospital onde a intercorrência for tratada.

Cláusula 18ª. Não será efetuado pagamento/reembolso de despesas relacionadas a planos de saúde tais como coparticipações, mensalidades ou quaisquer outros gastos relacionados a eles.

DA COMUNICAÇÃO DA INTERCORRÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE AUDITORIA

Cláusula 19ª. Para abertura do aviso de intercorrência, o **CONTRATANTE** ou terceiro a pedido deste, deverá justificar e atender, documentalmente, os requisitos protocolares descritos neste título mediante prévia autorização do paciente.

Cláusula 20ª. Em caso de intercorrência pós-operatória, o **CONTRATANTE** deverá notificar e enviar relatório médico legível à **CONTRATADA**, obrigatoriamente, dentro do prazo de até 72 (setenta e duas) horas da constatação/diagnóstico da intercorrência.

Parágrafo primeiro. A notificação da intercorrência deverá ser realizada através de envio de relatório médico descrevendo a hipótese diagnóstica e conduta médica, datado e assinado pelo médico. Os meios de notificação de intercorrência são: o site <https://cirurgiasegura.com/>, através do envio de e-mail para atendimento@cirurgiasegura.com ou por telefone 0800-61-3333 (Plantão de Atendimento).

Parágrafo segundo. A documentação pertinente a intercorrência para análise da equipe de auditoria deverá ser anexada através do login do cirurgião responsável no sistema ou enviada por e-mail no endereço: atendimento@cirurgiasegura.com.

Cláusula 21ª. O deferimento ou indeferimento do pagamento/reembolso será efetuado mediante perícia indireta (documental), com data e número sequencial do contrato, iniciando a análise após o recebimento de toda a documentação solicitada pela equipe de auditoria.

Parágrafo primeiro. Os documentos necessários ao pagamento/reembolso estão descritos no ANEXO I deste instrumento.

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

Parágrafo segundo. Caso necessário, documentos complementares poderão ser solicitados pela equipe de auditoria da **CONTRATADA**.

Cláusula 22ª A auditoria das contas hospitalares será realizada com base nas tabelas referenciais para materiais e medicamentos SIMPRO e BRASINDICE, honorários médicos e SADT (Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico) CBHPM 2016, diárias, taxas, gases medicinais, hemoderivados, consultas com especialistas e remoções, serão conforme descritas nas Tabelas Referência e Tabela Complementar Para Reembolsos constantes no ANEXO II deste instrumento e disponíveis no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>.

Parágrafo único. As regras para a auditoria e posterior reembolso/pagamento se darão com base na Tabela de Preços de Serviços Hospitalares Para Entidades Conveniadas do SBH – Sindicato Brasiliense de Hospitais, Casas de Saúde e Clínicas, conforme Termo Acordado entre o SBH e o CIEFAS/DF (Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde do Distrito Federal) em 01/01/1995 constante no ANEXO III deste instrumento.

Cláusula 23ª. Para deferimento do pagamento/reembolso, a auditoria da **CONTRATADA** verificará a ocorrência de nexos causais diretos entre o procedimento cirúrgico contratado e a intercorrência detectada.

Cláusula 24ª. O pagamento/reembolso se dará independentemente de verificação de culpa da equipe médica e/ou hospitalar.

Cláusula 25ª. O **CONTRATANTE** deverá, devidamente autorizado pelo paciente, diligenciar junto à instituição que realizar o procedimento saneador da intercorrência para o fornecimento à **CONTRATADA** de toda a documentação necessária para a auditoria técnica.

Cláusula 26ª. O pagamento/reembolso referente a despesas com ambulância será amparado para todos os eventos que sejam considerados de **URGÊNCIAS E OU EMERGÊNCIAS MÉDICAS**. Eventos amparados por alterações, documentadas por relatórios do médico assistente ou do médico socorrista, sempre comprovadas com sinais e alterações fisiopatológicas mensuráveis por auditoria médica, como por exemplo: saturação de oxigênio, pressão arterial, febre, escala de coma de Glasgow e ou outras métricas que não sejam apenas

sintomas ou informações subjetivas temporais. Sendo limitada a 100km e no máximo de 3 (três) trechos. A responsabilidade da contratação e acionamento de serviço especializado de transporte em ambulância será por conta do **CONTRATANTE** ou por terceiro por ele designado, não cabendo a **CONTRATADA** a responsabilidade pelo transporte, apenas o reembolso conforme Tabela Complementar Para Reembolsos de honorários médicos, consultas, remoções, hemoderivados, materiais e medicamentos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>.

DO PAGAMENTO/REEMBOLSO

Cláusula 27ª. O pagamento/reembolso das despesas com intercorrências será realizado no prazo de até 72 (setenta e duas) horas úteis após o deferimento pela equipe de perícia e auditoria da **CONTRATADA**, sendo reembolsado em conta bancária, diretamente àquele que comprovar o custeio das despesas referentes a intercorrência por meio de comprovante de pagamento e/ou nota fiscal, podendo também ser realizado o reembolso diretamente ao hospital e equipe médica responsável pelo atendimento da intercorrência. Caso a intercorrência seja tratada em um dos hospitais de referência credenciados à rede da **CONTRATADA**, o pagamento das despesas será realizado diretamente a este hospital.

Cláusula 28ª. O pagamento/reembolso será feito mediante averiguação da veracidade das informações cadastradas através do site <https://cirurgiasegura.com/>, confirmadas pela equipe de auditoria. Caso sejam constatadas inconsistências na contratação através de documentação inerente à intercorrência notificada, o processo poderá ser indeferido por não conformidade com o Contrato de Prestação de Serviço Complementar.

Cláusula 29ª. A **CONTRATANTE** poderá, no prazo de 30 (trinta) dias da ciência do relatório da auditoria, interpor recurso requerendo reanálise.

Cláusulas 30ª. Os honorários médicos serão analisados separadamente da conta aberta do hospital, tendo como referência a tabela CBHPM 16 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos) com adicional de 30% (trinta por cento). Para análise de SADT (Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia) será considerada a tabela CBHPM 16 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos) com adicional de 20%.

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

Cláusula 31^a. As despesas pela prestação dos serviços hospitalares não realizados na rede credenciada da CONTRATADA serão referenciadas dentro das seguintes tabelas:

- a) Tabela Referência Para Reembolsos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>, para diárias e taxas hospitalares e gases medicinais.
- b) Tabela Complementar Para Reembolsos de honorários médicos, consultas, remoções, hemoderivados, materiais e medicamentos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>.

Cláusula 32^a. ARQUIVAMENTO: Quando não enviada a documentação necessária para análise do processo de intercorrência, disposta no ANEXO I, no prazo estabelecido para o tratamento da intercorrência conforme disposto na Cláusula 9^a, o processo será indeferido.

DO PROCESSAMENTO DE DADOS

DEFINIÇÕES

Cláusula 33^a. Expressões utilizadas em contrato, tais como, titular dos dados, dados pessoais, tratamento, violação de dados pessoais, dado sensíveis, banco de dados, titular, controlador, encarregado, agentes de tratamento, eliminação etc., serão interpretadas com base no significado atribuído a elas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei 13.709/18).

IDENTIFICAÇÃO DOS AGENTES DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS NO PRESENTE CONTRATO

Cláusula 34^a. A CONTRATADA atuará como “controladora” de dados pessoais recebidos do CONTRATANTE, podendo subcontratar o “operador” dos dados, ambos no sentido estrito da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

OBJETO, FINALIDADE E DURAÇÃO DO TRATAMENTO

Cláusula 35^a. A CONTRATADA efetuará o tratamento de dados pessoais oriundos da prestação do serviço existente perante a CONTRATANTE, tais como

nomes, dados de RG, de CPF, de endereço, e outros dados pessoais, ou quaisquer outros DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS necessários ao cumprimento do contrato, enquanto durar a prestação do serviço contratado.

Cláusula 36^a. A CONTRATADA concorda que os dados divulgados pelo CONTRATANTE serão tratados com a finalidade específica de promover a realização de AUDITORIA MÉDICA para fins de atendimento de intercorrência médica nos termos deste contrato.

Cláusula 37^a. A CONTRATADA se compromete a efetuar o tratamento dos dados pessoais apenas para os fins acordados, exceto para atender à determinação legal.

Cláusula 38^a. A CONTRATADA se compromete a manter o registro dos dados pessoais gerenciados em seu banco de dados por até 1 (um) anos após o encerramento do presente pacto, tendo em vista a possibilidade de se discutir eventual responsabilidade pós-contratual.

DIREITOS DO TITULAR

Cláusula 39^a. Obriga-se a CONTRATADA a assegurar o exercício de direito dos titulares e da CONTRATANTE de dados pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, e que sejam pertinentes aos dados objeto do presente contrato.

Cláusula 40^a. A CONTRATADA acusa ciência que os titulares podem requerer a confirmação de existência do tratamento, o acesso, a correção, a portabilidade e a eliminação dos dados pessoais mantidos perante a CONTRATADA, bem como a informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e as consequências da sua negativa, além de poder revogar o consentimento anteriormente concedido, sob pena de inviabilizar o cumprimento do contrato nos termos do artigo 7º, V, da lei nº 13.709/2018.

Cláusula 41^a. É dever da CONTRATADA informar imediatamente à CONTRATANTE caso alguma informação seja solicitada pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados ou por meio de decisão judicial, relativos ao tratamento de dados que constituem objeto do presente contrato.

Cláusula 42^a. A CONTRATADA deve fornecer acesso livre e imediato à CONTRATANTE ou aos titulares de dados, caso seja solicitada uma consulta simplificada sobre a confirmação de existência ou o acesso aos dados pessoais, por meio físico ou eletrônico.

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

Cláusula 43^a. Caso seja solicitada uma declaração clara e completa, que indique a origem dos dados, a inexistência de registro, os critérios utilizados e a finalidade do tratamento, observados os segredos comercial e industrial, em formato este que permita a sua utilização subsequente, a CONTRATADA deverá enviá-la em até 15 (quinze) dias, contados da data do requerimento do CONTRATANTE ou do titular de dados, nos moldes do artigo 19, II, da Lei nº 13.709/2018.

Cláusula 44^a. A CONTRATADA se obriga a prestar assistência suficiente para assegurar à CONTRATANTE o cumprimento das obrigações assumidas no presente termo, bem como as obrigações legais da CONTRATANTE perante os titulares dos dados e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

DO FORO DE ELEIÇÃO

Cláusula 45^a. Fica eleito o foro de Brasília/DF para dirimir dúvidas do presente contrato.

Por estarem justos e acertados, assinam o presente contrato em conjunto com as testemunhas, em duas vias de igual teor e forma.

Brasília – DF, dd de mmmm de aaaa.

CONTRATANTE – (DE ACORDO COM A CIÊNCIA DO CONTRATO)



CONTRATADA - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E
BIOÉTICA – ANADEM

TESTEMUNHAS:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

ANEXO I
**DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA REEMBOLSO
DE INTECORRÊNCIA**

1. ABERTURA DE INTERCORRÊNCIA:

1.1. Relatório médico legível com hipótese diagnóstica e conduta médica relacionada à intercorrência com data e hora da constatação (assinado e carimbado).

2. CONSULTA MÉDICA:

- 2.1. Evolução da consulta;
- 2.2. Prescrição médica (caso tenha utilizado medicamentos dentro do ambiente hospitalar ou realizado exames);
- 2.3. Detalhamento de despesas (fatura);
- 2.4. Nota fiscal;
- 2.5. Dados bancários para reembolso;
- 2.6. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 2.7. Documento de identificação com foto do paciente (frente e verso).

3. EXAMES:

- 3.1. Resultados dos exames laboratoriais;
- 3.2. Laudos dos exames de imagens;
- 3.3. Nota fiscal;
- 3.4. Dados bancários para reembolso;
- 3.5. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 3.6. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

4. CIRURGIA:

- 4.1. Boletim anestésico;
- 4.2. Descrição cirúrgica;
- 4.3. Evoluções médicas e de enfermagem;
- 4.4. Folha de gastos do centro cirúrgico;
- 4.5. Detalhamento de despesas (fatura hospitalar);
- 4.6. Prescrição médica e de enfermagem;
- 4.7. Caso haja necessidade de transfusão de hemocomponentes:
 - 4.7.1. Exame de Hemograma;
 - 4.7.2. Comprovante de transfusão com o lacre;
 - 4.7.3. Documento do Banco de Sangue.
- 4.8. Nota fiscal;

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

- 4.9. Dados bancários para reembolso;
- 4.10. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 4.11. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

5. INTERNAÇÃO:

- 5.1. Prescrição médica;
- 5.2. Evoluções médicas e de enfermagem;
- 5.3. Resultados dos exames caso tenha realizado;
- 5.4. Detalhamento de despesas (fatura);
- 5.5. Caso haja necessidade de transfusão de hemocomponentes:
 - 5.5.1. Exame de Hemograma;
 - 5.5.2. Comprovante de transfusão com o lacre;
- 5.6. Nota fiscal;
- 5.7. Dados bancários para reembolso;
- 5.8. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 5.9. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

6. TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES:

- 6.1. Exame de Hemograma;
- 6.2. Comprovante de transfusão com o lacre;
- 6.3. Nota fiscal;
- 6.4. Dados bancários para reembolso;
- 6.5. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 6.6. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

7. TRANSPORTE EM AMBULÂNICA – (até 100km e no máximo três trechos)

- 7.1. Relatório de transporte do paciente carimbado e assinado pelo responsável da remoção, médico ou enfermeiro, conforme o tipo de remoção realizada;
- 7.2. Nota fiscal;
- 7.3. Dados bancários para reembolso;
- 7.4. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID. (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)

O envio da documentação completa é essencial para a agilidade na análise e conclusão do processo.

Em caso de dúvidas, por favor entre em contato com o Setor de Auditoria através do telefone 0800-61-3333.

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

ANEXO II
**TABELA DE REFERÊNCIA PARA REEMBOLSOS E
TABELA COMPLEMENTAR PARA REEMBOLSOS**

Descrição	Unid.	VALORES EM R\$		
		Hosp. Dia/Hosp. Pequeno Porte*	Hosp. Médio Porte**	Hosp. Grande Porte/Porte Especial***
DIÁRIA COMPACTA DE ENFERMARIA DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO (PACOTE)	DIÁRIA	1047,26	1277,15	1557,50
DIÁRIA COMPACTA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO (PACOTE)	DIÁRIA	759,10	925,73	1128,94
DIÁRIA COMPACTA DE UTI ADULTO GERAL (PACOTE)	DIÁRIA	3031,04	3696,40	4507,80
DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	DIÁRIA	472,34	576,03	702,47
DIÁRIA DE ENFERMARIA DE 3 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	DIÁRIA	306,28	373,51	455,50
DIÁRIA DE UTI ADULTO GERAL	DIÁRIA	1480,04	1804,93	2201,13
ALIMENTAÇÃO ENTERAL, PREPARO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	64,38	78,52	87,24
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL, PREPARO, NA UTI/SEMIUTI	USO	196,18	239,24	265,82
TAXA DE INSTALAÇÃO DE SORO EV	USO	14,67	16,30	17,91
TAXA DE INSTALAÇÃO DE SORO SUBCUTÂNEO	USO	15,49	17,21	18,91
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1044,23	1160,25	1275,00
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, NA UTI/SEMIUTI, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, NO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, NA UTI/SEMIUTI, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, NO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, NA UTI/SEMIUTI, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, NO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA EPIDURAL, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA RETAL, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA VESICAL, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	12,33	13,70	15,06
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, NA UTI/SEMIUTI	USO	12,33	13,70	15,06

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	12,33	13,70	15,06
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE NECROTÉRIO, POR USO	USO	139,23	154,70	170,00
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA CIRÚRGICA, PEQUENA CIRURGIA AMBULATORIAL	USO	252,24	280,27	307,99
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	USO	264,54	293,93	323,00
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 1	USO	371,51	412,79	453,62
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 2	USO	586,37	651,52	715,96
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 3	USO	791,78	879,76	966,77
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 4	USO	923,92	1026,58	1128,11
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 5	USO	1250,02	1388,91	1526,28
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 6	USO	1517,40	1686,00	1852,75
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7	USO	1750,11	1944,57	2136,89
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	USO	96,81	107,56	118,20

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO NASOENTERAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO NASOENTERAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO NASOENTERAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO OROENTERAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO OROENTERAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO OROENTERAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO RETAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO RETAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO RETAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VAGINAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VAGINAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VAGINAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VESICAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VESICAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VESICAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
ALUGUEL/TAXA DE APARELHO DE POLIMENTO ARTICULAR, POR USO	USO	42,87	47,63	52,34
ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR À VÁCUO, POR USO	USO	47,49	52,76	57,98
ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR CIRÚRGICO, POR USO	USO	47,49	52,76	57,98
ALUGUEL/TAXA DE BIOMICROSCÓPIO ESPECULAR, POR USO	USO	142,89	158,77	174,47
ALUGUEL/TAXA DE BISTURI BIPOLAR, POR USO	USO	71,45	79,39	87,24
ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ELÉTRICO MONOPOLAR, POR USO	USO	52,16	57,96	63,69
BOMBA DE INFUSÃO, POR DIA	DIÁRIA	71,45	79,39	87,24
TAXA DE MICROSCÓPIO OFTALMOLÓGICO, POR USO	USO	142,89	158,77	174,47
RESPIRADOR, POR HORA	HORA	18,58	20,65	22,69
ALUGUEL / TAXA DO YAG LASER, POR USO	USO	21,06	23,41	25,72
ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO, POR USO	USO	138,17	153,53	168,71
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO MULTIPARÂMETRO, POR HORA	HORA	11,74	13,05	14,34
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE CAPNÓGRAFO, POR DIA	DIÁRIA	46,44	51,60	56,70
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, POR DIA	DIÁRIA	7,14	7,94	8,72
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE TONOMETRIA, POR DIA	DIÁRIA	7,14	7,94	8,72
TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (ALMOÇO OU JANTAR)	DIÁRIA	17,20	19,11	21,00
TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (CAFÉ DA MANHÃ OU CAFÉ DA TARDE)	DIÁRIA	8,03	8,92	9,80

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

TAXA DE REGISTRO AMBULATORIAL/PRONTOSOCORRO, POR ATENDIMENTO	USO	17,86	19,85	21,81
TAXA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO	USO	123,84	137,60	151,21
TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / PS, ATÉ 6 HORAS	USO	35,72	39,69	43,62
TAXA DO LASER CIRÚRGICO, POR USO	USO	142,89	158,77	174,47
TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GRANDE	USO	46,68	51,87	57,00
TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO	USO	40,13	44,59	49,00
TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO	USO	33,58	37,31	41,00
DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD (PACOTE)	DIÁRIA	1228,79	1498,53	1827,47
AR COMPRIMIDO, POR HORA	HORA	8,72	8,99	9,17
GÁS CARBÔNICO, POR HORA	HORA	38,39	39,58	40,39
NEBULIZAÇÃO / MÁSCARA COM OXIGÊNIO, POR HORA	HORA	7,99	8,23	8,40
NEBULIZAÇÃO / MÁSCARA, COM ÓXIDO NITROSO, POR HORA	HORA	24,39	25,15	25,66
NEBULIZAÇÃO/MÁSCARA COM AR COMPRIMIDO E OXIGÊNIO, POR HORA	HORA	10,27	10,58	10,80
NITROGÊNIO, POR HORA	HORA	14,14	14,57	14,87
ÓXIDO NÍTRICO, POR HORA	HORA	75,27	77,60	79,18
ÓXIDO NITROSO, POR HORA	HORA	54,66	56,35	57,50
OXIGÊNIO, POR HORA	HORA	18,06	18,62	19,00
DIÁRIA DE HOSPITAL DIA, INDEPENDENTE DE ACOMODAÇÃO	DIÁRIA	179,53	218,94	267,00
ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO), POR USO	USO	35,72	39,69	43,62
ALUGUEL / TAXA DE ELETROCARDÍOGRAFO, POR USO	USO	18,58	20,65	22,69
ALUGUEL/TAXA DE RAIOS X NO CENTROCIRÚRGICO, POR USO	USO	142,85	158,72	174,42
HORA EXCEDENTE APARTAMENTO STANDARD	HORA	19,86	24,22	29,54
HORA EXCEDENTE UTI ADULTO GERAL	HORA	64,10	78,17	95,33
HORA EXCEDENTE ENFERMARIA	HORA	12,48	15,22	18,56
PACOTE DRENAGEM DE HEMATOMA (diária apartamento, taxas, materiais e medicamentos)	USO	1744,46	1744,46	1744,46
PACOTE DRENAGEM DE SEROMA (diária apartamento, taxas, materiais e medicamentos)	USO	1324,19	1324,19	1324,19
PACOTE RESSUTURA (diária apartamento, taxas, materiais e medicamentos)	USO	1744,46	1744,46	1744,46

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

Descrição	Unid .	Hosp. Dia/Hosp. Pequeno Porte*	Hosp. Médio Porte**	Hosp. Grande Porte/Porte Especial***
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	USO	299,89	365,72	446,00
CONSULTA COM MÉDICO ESPECIALISTA PARA DIAGNÓSTICO/TRATAM. DE INTERC.	USO	455,00	455,00	455,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN1-3A	USO	604,00	604,00	604,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN2-3C	USO	920,00	920,00	920,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN3-4C	USO	1200,00	1200,00	1200,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN4-6B	USO	2100,00	2100,00	2100,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN5-7C	USO	3200,00	3200,00	3200,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN6-9B	USO	4291,14	4291,14	4291,14
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN7-10C	USO	5282,48	5282,48	5282,48
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN8-12A	USO	6301,82	6301,82	6301,82
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	USO	1250,00	1250,00	1250,00
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	USO	1125,00	1125,00	1125,00
UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO	USO	1125,00	1125,00	1125,00
UNIDADE DE PLASMA FRESCO	USO	1125,00	1125,00	1125,00
FILTRO DE REMOÇÃO LEUCÓCITOS PARA HEMÁCIAS	USO	709,00	709,00	709,00
FILTRO DE REMOÇÃO LEUCÓCITOS PARA PLAQUETAS	USO	800,00	800,00	800,00
LASERTERAPIA PARA TRATAMENTO DE FERIDAS PÓS-OPERATÓRIAS (máximo 10 sessões)	USO	100,00	100,00	100,00
HONORÁRIOS MÉDICOS (EXCETO CIRURGIÃO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA PRINCIPAL)	USO	CBHPM 16 + 30%	CBHPM 16 + 30%	CBHPM 16 + 30%
MEDICAMENTOS (USO EM AMBIENTE HOSPITALAR)	USO	BRASÍNDICE PF	BRASÍNDICE E PF + 16%	BRASÍNDICE E PMC
MEDICAMENTOS RESTRITO HOSPITALAR	USO	BRASÍNDICE PF	BRASÍNDICE E PF + 16%	BRASÍNDICE E PMC
MATERIAIS (EXCETO EPI)	USO	SIMPRO PF	SIMPRO PF + 16%	SIMPRO PMC
SADT	USO	CBHPM 16 + 20%	CBHPM 16 + 20%	CBHPM 16 + 20%
REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA SIMPLES (TIPO B - PORTARIA MS 2048/2002) ADULTO ATÉ 100 KM	USO	800,00	800,00	800,00
REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA UTI ADULTO (TIPO D - PORTARIA MS 2048/2002) ATÉ 100 KM	USO	1100,00	1100,00	1100,00
FILME	M²	31,59	31,59	31,59
MATERIAIS ESPECIAIS (PARA TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA E COM JUSTIFICATIVA TÉCNICA MÉDICA)	UNI D	NF + 5%	NF + 7%	NF +10%
HONORÁRIO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	USO	O Honorário de Instrumentação Cirúrgica será pago/reembolsado na proporção de 10% (dez por cento) do valor do honorário médico do cirurgião principal conforme porte anestésico previsto na CBHPM 16 + 30%, desde que a ocorrência do instrumentador seja registrada no respectivo Boletim Anestésico. O valor independe do porte hospitalar e do tipo de acomodação utilizada pelo paciente, ou seja, não incidem sobre essa taxa		

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

		acréscimos a que podem estar sujeitos os honorários cirúrgicos em casos de pacientes internados.
--	--	--

*Classificação de porte hospitalar: *até 50 leitos / **de 51 a 150 leitos / ***acima de 150 leitos*

Significados:	
SADT - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	PF - Preço de Fábrica
EPI - Equipamento de Proteção Individual	PMC - Preço Máximo Consumidor
CBHPM - Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos	BASÍNDICE - Guia Farmacêutico BRASÍNDICE
SIMPRO - Tabela Referência Para Materiais Hospitalares	NF - Nota Fiscal

ANEXO III

TABELA DE PREÇOS DE SERVIÇOS HOSPITALARES PARA ENTIDADES CONVENIADAS DO SBH – SINDICATO BRASILENSE DE HOSPITAIS, CASAS DE SAÚDE E CLÍNICAS

(conforme Termo Acordado entre o SBH e o CIEFAS/DF, em 01.01.95)

I - DAS INSTRUÇÕES INICIAIS

- 1) Esta Tabela é dirigida para convênios e, desta forma, servirá para normatizar a prestação de serviços hospitalares.
- 2) A presente Tabela é aplicável, exclusivamente, pela rede privada de Prestadores de Serviços de Saúde filiados ao S.B.H.
- 3) A Unidade de Referência convencionada para o cálculo dos preços é a US (UNIDADE DE SERVIÇO), cujo valor será estabelecido pelo S.B.H, comunicando ao Contratado 30 (trinta) dias antes da entrada em vigor e com a respectiva planilha de custos.
- 4) A US será quantificada para cada item da Tabela e, em cada caso, a quantidade de US, multiplicada pelo seu respectivo valor vigente, determinará o preço final.

II - DO ATENDIMENTO E DA CAUÇÃO

- 1) O atendimento é o ato de acolhimento do Paciente seguido de prestação de serviços médicos hospitalares e será efetuado mediante apresentação do respectivo documento de identificação emitido pelo Convênio, acompanhado da Cédula de Identidade Pública.
- 2) Nos exames e tratamentos que necessitem de Autorização Prévia e o Paciente não apresentá-la, será exigida caução a qual será devolvida mediante apresentação da Guia ou documento autorizatório. O prazo para regularização da documentação será de no máximo 48 horas úteis após o atendimento.
- 3) A caução ficará retida, até o acerto final, nos casos de autorização com restrições a valores, período de internação, participação do Paciente nas despesas e quando houver obrigatoriedade da aposição da assinatura do Paciente na conta hospitalar.

III - DA INTERNAÇÃO

- 1) A internação inicia-se com a identificação, preenchimento da documentação necessária, abertura ou desarquivamento do prontuário e reserva e preparo da

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

acomodação para o paciente, colocando à sua disposição toda a infraestrutura hospitalar disponível.

2) Será cobrada a cada internação a Taxa de Admissão e Registro que visa cobrir as despesas de Recepção, Abertura ou Desarquivamento do prontuário, Registros e anotações de toda a documentação exigida, Reserva e preparo do respectivo alojamento.

2.1 - Nos casos de utilização do Centro Cirúrgico por pacientes externos, será igualmente cobrada a Taxa de Admissão e Registro.

3) Dos Tipos de Acomodação

3.1 - Os alojamentos hospitalares para efeito da presente Tabela estão divididos em: Enfermaria, Apartamento tipo B, Apartamento tipo A, Apartamento Especial e Suíte, Berçário ou Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva, Sala de Observação e Sala de Recuperação Pós - Anestésica.

3.1.1- Tais alojamentos são compostos da seguinte forma:

a) ENFERMARIA - aposento com mais de um leito, banheiro coletivo e mobiliário necessário ao paciente.

b) APARTAMENTO TIPO B - aposento com 01 (um) leito e acomodação para 01 (um) acompanhante, banheiro privativo, mobiliário necessário ao paciente e telefone.

c) APARTAMENTO TIPO A - aposento com a mesma composição do tipo B acrescido de televisão e/ou frigobar.

d) APARTAMENTO ESPECIAL E SUÍTE - aposentos dotados de maior conforto e requinte, de composição variável.

e) BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO - aposento com um ou mais leitos, exclusivamente, para recém-nascidos, composto com berços e móveis especiais ao atendimento proposto.

f) UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - aposento com um ou mais leitos, exclusivamente, para pacientes, composto com camas e móveis e esta equipada com os aparelhos indispensáveis ao bom atendimento e segurança do paciente.

g) SALA DE OBSERVAÇÃO - aposento composto por um ou mais leitos, exclusivamente para Pacientes, contendo camas ou macas. Situa-se em ambulatório ou pronto socorro, sendo destinada a observação do paciente após atendimento ou exame, por um período máximo de 6 (seis) horas.

h) SALA DE RECUPERAÇÃO POS ANESTÉSICA – aposento composto por um ou mais leitos, exclusivamente para Pacientes em observação após o ato cirúrgico, até sua transferência para o alojamento reservado ou alta hospitalar.

O tempo de permanência varia de acordo com o tipo de anestesia utilizada e situa-se no Centro Cirúrgico ou Obstétrico.

3.2- Na falta de acomodação do tipo previsto no contrato, o paciente será internado em aposento de tipo superior, sem ônus para o paciente ou contratante.

3.3 - Os pacientes não devem portar objetos de valor ao se internarem pois o Contratado somente se responsabilizará por valores, quando forem entregues na tesouraria, contra recibo.

4) Quando, durante a internação, houver intercorrências que modifiquem o tratamento clínico ou cirúrgico autorizado, o médico assistente justificará a alteração, através de relatório, que será anexado a fatura, ficando o Convênio responsável pelas despesas decorrentes.

5) Das Diárias

5.1 - Entende-se por Diária Hospitalar a ocupação de um leito de internação por qualquer período de tempo, até no máximo 24 (vinte e quatro horas).

5.1.1 - A primeira Diária é indivisível e inicia-se no momento da internação do paciente.

5.1.2 - As horas excedentes ao encerramento da última diária, serão cobradas por hora conforme a presente tabela, não podendo ultrapassar o valor de 01 (uma) diária.

5.2 – No caso de transferência do paciente para UTI, os familiares poderão continuar ocupando o apartamento, desde que façam opção explícita e se responsabilizem pelas despesas decorrentes.

5.3 – Nas internações que necessitem de isolamento do paciente às diárias serão acrescidas de 30% (trinta por cento).

5.4 – Inclui-se no valor das Diárias:

- a) ocupação do espaço físico;
- b) utilização das camas com as roupas necessárias e dos móveis específicos de cada alojamento;
- c) limpeza e desinfecção do ambiente;
- d) alimentação completa para o paciente, inclusive dieta especial, prescrita pelo médico assistente EXCETO, alimentação enteral e parenteral;
- e) atendimento de enfermagem para a boa evolução do paciente, EXCETO os procedimentos incluídos nos serviços especiais, previstos nesta tabela.

5.4.1 – Inclui-se, exclusivamente, na Diária de Apartamento Tipo “A”, tipo “B”, Especial e Suíte, acomodação para 01 (um) acompanhante.

5.4.2 – Inclui-se, excepcionalmente, na Diária de UTI:

a) utilização dos seguintes Equipamentos/Instrumentos Especiais: DESFIBRILADOR (CARDIOVERSOR), MONITOR CARDÍACO, ASPIRADOR, CAPACETE DE HOOD, BERÇO AQUECIDO E INCUBADORA.

b) Atendimento integral de enfermagem;

5.5 – A dieta prescrita, inclusive o jejum do paciente, não altera o valor da Diária.

5.6 – A alimentação do acompanhante, quando solicitada e fornecida, será cobrada de acordo com Tabela própria do Contratado.

5.7 - Inclui-se no valor da hora da Sala de Observação, a utilização do aposento e atendimento de enfermagem, EXCETO, nos procedimentos incluídos nos Serviços Especiais previstos nesta Tabela.

5.7.1 – O valor da Taxa cobre uma permanência de até 06 (seis) horas. Havendo necessidade de prorrogação deste prazo, será cobrada hora excedente, conforme a presente Tabela.

5.8 - Inclui-se no valor da utilização da sala de recuperação pós anestésica, a utilização do aposento e atendimento de enfermagem, EXCETO nos procedimentos previstos nos Serviços Especiais nesta Tabela.

5.9 - Nas Diárias de um modo geral, **NÃO ESTÃO INCLUÍDAS** as taxas de uso dos Equipamentos/Instrumentos Especiais, nem os serviços profissionais pela manipulação dos mesmos, EXCETO, quando expressamente previstos na presente Tabela.

IV - DAS TAXAS

1) De Sala de Cirurgia

1.1 - Visam cobrir, exclusivamente, o custo do espaço físico, móveis e equipamentos permanentes da sala, esterilização e uso do instrumental cirúrgico básico, não cobrindo os Equipamentos/Instrumentos Especiais constantes desta Tabela.

1.2 - Os portes cirúrgicos foram classificados tomando-se como base os portes anestésicos da Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira vigente, EXCETO:

- a) pequeno ato médico realizado fora do Centro Cirúrgico = porte 0;
- b) curetagem uterina = porte 2;
- c) parto normal (AMB-45.08.018-6) = porte 3;
- d) cesariana (AMB-45.08.019-4) = porte 3;

1.3 - Nas cirurgias infectadas, por acarretarem isolamento da sala, despesas adicionais de reesterilização, risco de perda ou postergação de cirurgias subsequentes, as taxas de sala terão acréscimo de 100% (cem por cento) do seu valor.

1.3.1- Em se tratando de pequenas cirurgias realizadas fora do centro cirúrgico esse acréscimo dependerá de justificativa do médico assistente.

1.4 - Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100% (cem por cento) da taxa de maior porte, acrescida de 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa da segunda cirurgia e 25% (vinte e cinco por cento) das taxas das demais cirurgias.

1.5 - Quando ocorrerem duas ou mais cirurgia por vias de acesso diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100% (cem por cento), da Taxa de maior porte, acrescido de 70% (setenta por cento), do valor da taxa da segunda cirurgia e 25% (vinte e cinco por cento), das taxas das demais cirurgias.

1.6 – Quando forem realizadas cirurgias de porte 0 (zero) no Centro Cirúrgico, a taxa de sala a ser cobrada será equivalente ao porte 1 (um), devidamente justificada pelo médico assistente.

2) A taxa de Sala de Exames e/ou Tratamentos Especializados visa cobrir, exclusivamente, o custo do espaço físico e acomodação para o paciente.

2.1 – A taxa de sala de quimioterapia visa cobrir o custo do preparo e manipulação de produtos quimioterápicos que requeiram ambiente e técnicas especiais

3) A taxa de Serviços Especiais visa cobrir os custos de manipulação profissional onde são empregadas técnicas especiais.

3.1- A taxa de Instrumentação Cirúrgica será cobrada na proporção de 10% (dez por cento) do valor de cada ato cirúrgico, previsto na Tabela da Associação Médica Brasileira vigente, independentemente do tipo de acomodação utilizada pelo paciente, desde que a ocorrência do instrumentador seja registrada no respectivo Boletim Anestésico.

4) A taxa para Remoção em ambulância comum visa cobrir o custo de um deslocamento inicial de até 50 (cinquenta) quilômetros cujo valor equivalerá ao de 50 (cinquenta) litros de gasolina. O quilometro excedente equivalerá ao de 1 (um) litro de gasolina, por quilometro rodado.

5) A taxa de Necrotério visa cobrir os custos de limpeza, conservação e utilização do espaço físico destinado a abrigar o corpo até a sua transferência para outro local.

6) A taxa de sala de Autópsia/Embalsamento visa cobrir, exclusivamente, móveis e equipamentos permanentes da sala, esterilização e utilização do instrumental próprio, limpeza e conservação do local

7) As taxas para utilização de Equipamentos/instrumentos Especiais visam cobrir exclusivamente, os custos de instalação; limpeza e esterilização, quando necessária; o desgaste e depreciação, como também a manutenção sistemática dos mesmos.

8) A taxa de Registro e Expediente em Pronto Socorro, visa cobrir os custos de recepção, encaminhamento do paciente, abertura de prontuário ou ficha de atendimento, registros e anotações diversas, assim como todo o material de expediente utilizado, sendo cobrada em todos os atendimentos de Pronto Socorro, EXCETO quando exclusivamente, para consulta médica e nebulizações subsequentes no mesmo paciente.

V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Os materiais descartáveis serão cobrados pelo preço estabelecido na Tabela de Materiais Descartáveis do S.B.H.

1.1- Os materiais que porventura não estiverem incluídos na Tabela acima citada, serão cobrados pelo valor da nota fiscal de aquisição, acrescidos de 35% (trinta e cinco por cento) a título de despesas operacionais e taxa de comercialização.

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com

2) Os medicamentos serão cobrados com base no Caderno Nacional de Preços de Produtos Farmacêuticos publicado periodicamente pela ABIFARMA e ABCFARMA e, no Guia Farmacêutico BRASÍNDICE para os produtos não previstos no primeiro.

2.1- Os medicamentos não disponíveis na farmácia hospitalar que forem adquiridos no comércio varejista, serão cobrados pelo valor da nota fiscal de aquisição.

3) As Órteses, Próteses e Materiais Especiais serão cobrados pelo valor da nota fiscal do fornecedor, acrescido de 35% (trinta e cinco por cento) a título de despesas operacionais e taxa de comercialização.

4) Serão considerados especiais os atendimentos de emergência iniciados após as 19:00 horas até as 7:00 horas do dia seguinte nos dias úteis e nos sábados e, em qualquer horário nos domingos e feriados.

4.1- Em face do elevado custo operacional gerado pelo aumento dos encargos trabalhistas e tarifas públicas, nestes horários todas as taxas previstas na presente Tabela terão acréscimo de 20% (vinte por cento), EXCETO a Taxa de Registro e Expediente em Pronto Socorro.

4.2 – A taxa de Admissão e Registro somente terá o acréscimo de 20% (vinte por cento), quando a internação for realizada em caráter de urgência.

5) Os gases medicinais serão cobrados por hora indivisível, EXCETO no caso previsto no subitem 5.1. Os valores fornecidos periodicamente pelo S.B.H., nos quais serão considerados, para efeito dos cálculos, a vazão necessária a cada forma de utilização.

5.1 – Excepcionalmente, o oxigênio sob cateter utilizado para nebulização, será cobrado na proporção de 15 (quinze) minutos, para cada seção.

6) Exceto o expressamente previsto na presente Tabela, nenhum tipo de Material Descartável, Gases Medicinais e/ou Medicamentos está incluído nos valores aqui estabelecidos.

7) As Contas Nosocomiais das entidades conveniadas, serão confeccionadas tomando-se como parâmetros os preços vigentes na data do respectivo faturamento e constantes dos instrumentos abaixo:

- a) a presente Tabela de Preços de Serviços Hospitalares - S.B.H.;
- b) o Caderno Nacional de Preços de Produtos Farmacêuticos da ABIFARMA e ABCFARMA e/ou Guia Farmacêutico - BRASÍNDICE
- c) a Tabela de Honorários Médicos (vigente)- A.M.B.;
- d) a Tabela de Preços de Materiais Descartáveis - S.B.H.;
- e) a Tabela de Preços de Gases Medicinais - S.B.H.;
- f) as Notas Fiscais de produtos e/ou serviços não previstos nos instrumentos acima.

8) As Glosas somente serão aceitas quando apuradas nas seguintes condições:
a) divergência entre os valores lançados nas Contas e os existentes nas Tabelas e/ou Notas Fiscais consultadas;

b) erros nos cálculos operacionais e/ou processamento (soma, multiplicação, etc.).

8.1- Para que não possa sobrevir dúvida alguma em relação à conduta médica, quantidade de materiais e/ou medicamentos utilizados e/ou aplicados e outros procedimentos técnicos e/ou administrativo, deverão ser adotado os critérios na ordem que se seguem:

a) análise da conta nosocomial efetuada, obrigatoriamente, por médico Perito à luz do prontuário do paciente e dentro das instalações do Hospital;

b) análise técnico-administrativo realizado de acordo com as orientações e determinações da presente Tabela.

8.1.1 - Ocorrendo discordâncias, entre o apresentado e o apurado, poderá o Contratante efetuar a Glosa do valor questionado, desde que o fato, devidamente justificado, seja comunicado oficialmente ao Contratado, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento da fatura, não cabendo, sob qualquer pretexto, a retenção do pagamento ou devolução da fatura.

8.1.1.1 - Ao contratado caberá o direito de recurso, desde que apresentado num prazo máximo 30 (trinta) dias, após o recebimento da Notificação de Glosa.

8.1.1.2 – A reanálise em caráter de recurso será realizada em conjunto entre os médicos Peritos e/ou Analistas do Contratante e Médico Assistente e/ou Analista do Contratado.

9) Estas normas regulamentam a Tabela de Preços de Serviços Hospitalares aplicada a Convênios do Sindicato Brasiliense de Hospitais, Casas de Saúde e Clínicas - S.B.H. (anexo I), aplicada a convênios e deverão integrar, obrigatoriamente, os contratos que a ela se referirem.

10) A presente Tabela foi elaborada dentro de parâmetros técnicos aplicáveis a uma economia estável, estando a revisão e alterações necessárias sempre que os fatores inflacionários, a evolução tecnológica e os mecanismos mercadológicos exigirem.