

ANEXO N – FÓRMULÁRIOS - Credenciamento 002-2020



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
C M P - 11ª R M
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE BRASÍLIA

- 1) Este anexo tem por finalidade definir os modelos de documentos que deverão ser produzidos em razão da assinatura do termo de credenciamento.
- 2) A CREDENCIANTE poderá autorizar a CREDENCIADA, por escrito, a utilizar modelo próprio, desde que compatível com os modelos abaixo.

MODELO I - TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome do Hospital: _____
Rua: _____ nº _____ Cidade: _____ UF: _____
(dados do Hospital)

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome do beneficiário: _____
Nome do responsável: _____
Nome do médico assistente: _____
CRM: _____ CPF: _____

1. O beneficiário ou seu dependente, o hospital e o médico assistente, acima referidos, ajustam entre si as seguintes condições:

a) Sobre-preço das instalações hospitalares especiais, livremente escolhidas pelo beneficiário ou seu responsável, limitado à tabela de preços para a clientela particular, considerada a dedução do valor da diária paga pela RM/UG FUSEx ao Hospital: R\$ _____ ;

b) Complementação de honorários profissionais do médico assistente, conforme constar do contrato firmado, e de até cem por cento dos valores constantes da tabela da AMB: R\$ _____ ; e

c) As despesas acima serão de responsabilidade integral do beneficiário signatário.

Brasília, DF, (dia) de (mês) de 2019

Assinatura do beneficiário

Assinatura e CRM do médico assistente

MODELO II - TERMO DE RESPONSABILIDADE:

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR FUSEX-HMAB - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

1.1. NOME DO TITULAR:	
1.2 - IDENTIDADE: <input type="text"/>	1.3 – PREC-CP () ou nº Cartão PASS () <input type="text"/>
1.4 - TELEFONE RESIDENCIAL <input type="text"/>	1.5 - TELEFONE CELULAR <input type="text"/>
1.6 - OM/ÓRGÃO em que trabalha:	1.7 – TELEFONE FUNCIONAL <input type="text"/>
2.1. NOME DO DEPENDENTE:	
2.2 - IDENTIDADE: <input type="text"/>	2.3 – PREC-CP () ou nº Cartão PASS () <input type="text"/>
2.4 - TELEFONE RESIDENCIAL <input type="text"/>	2.5 - TELEFONE CELULAR <input type="text"/>
2.6 – DATA NASC: <input type="text"/>	2.7 - Data de Ass. da Declaração provisória (se for o caso): <input type="text"/>

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1) Declaro que conferi os dados acima citados e que todas as informações prestadas neste sujeito a punição. Ainda, declaro estar ciente: **a)** do prazo de dois dias úteis (conforme art. 18 e 19 da IR 30-38 - Portaria nº 048-DGP, de 28/02/08) para **providenciar a substituição deste Termo de Responsabilidade**, junto a esta instituição atendente, por Guia de Encaminhamento, e que as providências para a emissão dessa guia são de minha inteira responsabilidade. **b)** do conteúdo do Art. 20 da IR 30-38: "O FUSEX não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências previstas nos Arts. 18 e 19 destas IR." **c)** que este termo não autoriza a cobrança de taxas não previstas em Termo de Contrato entre o HMAB e esta instituição.

2) No caso de inobservância das condutas e caracterizações, acima descritas, as despesas decorrentes do atendimento hora iniciado são de minha inteira responsabilidade, e a cobrança caberá a esta instituição atendente.

3) Este Hospital atendente compromete-se a fornecer todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência, junto a pré-auditoria do HMAB para a substituição deste Termo de Responsabilidade, incluindo relatório médico justificando o atendimento e descrevendo os procedimento(s) realizado(s) em formulário com os códigos correspondentes.

4) Este documento foi assinado em duas vias de igual teor, uma para o paciente ou responsável e outra para esta instituição de atendimento.

5) No ato do atendimento, o paciente deverá apresentar o cartão FUSEX (se militar e dependentes), ou o cartão PASS (se Servidor CIVIL e dependentes), e na falta declaração provisória válida.

((Edital de Credenciamento de OCS/PSA Nr 02/2020, cont Anexo N – CEL - fl. nº. 03 de 010))

Brasília-DF, _____ / _____ / 20____.

Assinatura do beneficiário

Assinatura e nº CPF do atendente do
Hospital

Dúvidas, entrar em contato com o FUSEx-HMAB pelo telefone: 3362-6313 / 6332 / 6325 / 6471 / 6456 / 6460

MODELO III – AUTORIZAÇÃO ESPECIAL:



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMP - 11ª REGIÃO MILITAR
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE BRASÍLIA

Justificativa para Procedimentos e Exames Especiais ou Não Padronizados

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL Nº _____/2020

Nome: _____ **Prec-CP:** _____

1. QUADRO CLINICO INFORMADO NA SOLICITAÇÃO:

2. EXAMES ANTERIORES REALIZADOS, QUAIS: (apresentar os laudos)

3. PROCEDIMENTO PERTINENTE PARA O USUÁRIO:

4. ORÇAMENTO COMPATÍVEL COM O MERCADO, NO VALOR de R\$:

5. PARECER FINAL:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO:

MODELO IV - CENSO DIÁRIO DE PACIENTES BAIXADOS

[nome do hospital] – 2020

CENSO DIÁRIO DE PACIENTES BAIXADOS

DATA

____ / ____ / ____

NR	NOME PACIENTE	Nº guia (se houver)	CATEG (se dependente ou titular)	PREC CP ou Nº PASS	Data Internação	DIAGNÓSTICO	Acomodação (apto/ UTI)	Alta

ASS RESPONSÁVEL

MODELO V - MODELO DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Clínica _____

CNPJ: 00.000/0001-00

Nº do Contrato com o HMAB: _____

Data de início de Vigência do Contrato: _____

Declaro, em razão de cláusula do contrato supracitado, que até a presente data as faturas e os valores em aberto (não pagas) são as seguintes:

Fatura Nr	Beneficiários	Data da fatura	Valor total da fatura	Valor em aberto
TOTAL:				

Brasília, DF. ____ de _____ de 2016.

ASS RESPONSÁVEL

MODELO VI – CONTROLE DE SESSÕES DE TERAPIAS

Logomarca da empresa com todos os dados

Controle de sessões de <i>(especificar qual das terapias)</i>				
Nome do paciente				
Início do tratamento	____/____/____	Nº e data da guia de encaminhamento	____/____/____	
Previsão do término do tratamento	____/____/____	Telefone e celular do Paciente	() -	() -
Descrição sumária do tratamento ou CID				
nº sessões	Data	Observação / evolução / justificativa	Assinatura / rubrica	
			Do paciente	Do profissional / carimbo
01	/ /			
02	/ /			
03	/ /			
04	/ /			
05	/ /			
06	/ /			
07	/ /			

08	/	/			
Regras: 1) As assinaturas devem ser colhidas por dia de tratamento, sendo proibido exigir do paciente assinar as sessões antes da realização das mesmas. 2) O tratamento tem duração mínima de 50 minutos. 3)O paciente deve chegar com antecedência mínima de 5 minutos do horário agendado. 4) Caso não desmarque ou não compareça poderá ser cobrada a sessão, caso o profissional não tenha como atender outro paciente no lugar do faltoso.					

MODELO VII – CONTROLE DE SESSÕES DE PSICOTERAPIA

Logomarca da empresa com todos os dados

Controle de sessões de <u>PSICOTERAPIA</u>				
Nome do paciente				
Início do tratamento	___/___/___	Nº e data da guia de encaminhamento		___/___/___
Previsão do término do tratamento	___/___/___	Telefone e celular do Paciente	() -	() -
nº sessões	Data	Observação / justificativa	Assinatura / rubrica	
			Do paciente	Do profissional / carimbo
01	/ /			
02	/ /			
03	/ /			
04	/ /			
Regras: 1) As assinaturas devem ser colhidas por dia de tratamento, sendo proibido exigir do paciente assinar as sessões antes da realização das mesmas. 2) O tratamento tem duração mínima de 50 minutos. 3)O paciente deve chegar com antecedência mínima de 5 minutos do horário agendado. 4) Caso não desmarque ou não compareça poderá ser cobrada a sessão, caso o profissional não tenha como atender outro paciente no lugar do faltoso.				

