

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



08	/	/			
<b>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.</b>					

**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	/ /			
<b>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.</b>				

