

Manual de Auditoria Técnica



Regras de Auditoria Médica e de Enfermagem

Responsável pela emissão: Equipe FASERV

REGRAS DE AUDITORIA MÉDICA FASERV

Esse manual tem como objetivo estipular regras que serão aplicadas pela Auditoria do FASERV, na análise pré e pós autorização nas guias dos beneficiários do Fundo.

As regras em questão contemplam várias especialidades médicas, e o mesmo pode ser atualizado constantemente, mediante necessidade do FASERV.

1) **ALERGIA E IMUNOLOGIA**

Para os testes de contato, é remunerado o teste de contato ou teste de contato com fotossensibilização até 30 substâncias por meio dos códigos (41401425 — Testes de contato até 30 substâncias ou 41401441 — Testes de contato por fotossensibilização até 30 substâncias). Outras substâncias, acima de 30, podem ser necessárias.

Os códigos dos testes cutâneo-alérgicos incluem os antígenos testados por grupo e não por alérgeno, atendendo ao disposto na CBHPM.

2) **ANESTESIOLOGIA**

Para cirurgias que tenham duração acima de 6 horas, o anestesiológico responsável poderá solicitar um auxiliar (também anestesiológico), quando houver necessidade. Cabe à auditoria analisar a solicitação, verificando a duração e a complexidade do procedimento. Atualmente, as cirurgias bariátricas, raramente, excedem 3 horas, por esse motivo não serão remunerados o anestesista auxiliar nesses casos.

2.1) **Anestesia para procedimentos sem porte anestésico**

Quando houver necessidade da participação do anestesista em procedimentos clínicos ambulatoriais ou hospitalares, os atos médicos praticados pelo anestesiológico serão valorados por meio do código 31602312, JUNTAMENTE À COBRANÇA DO PORTE ZERO.

Para procedimentos diagnósticos e intervencionistas, existem códigos específicos de anestesia na tabela.

3) **ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA REMUNERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS COM PARTICIPAÇÃO DO ANESTESISTA**

No caso de realização de exame endoscópico diagnóstico e respectivo exame endoscópico intervencionista na mesma via (exemplo: endoscopia e polipectomia), será remunerado apenas o procedimento intervencionista.

Quando houver a necessidade da participação de anestesista nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao código 31602231- Anestesia para endoscopia diagnóstica. Quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao código 31602240 - Anestesia para endoscopia intervencionista

4) TROCA DE SONDA GASTROSTOMIA

A remuneração da troca de sonda de gastrostomia se dará de acordo com seguintes critérios: se for necessária a troca de sonda será remunerada consulta em consultório, consulta em pronto socorro ou visita hospitalar de acordo com o local da realização acrescidos do honorário médico 20104103 - CURATIVOS EM GERAL SEM ANESTESIA, EXCETO QUEIMADOS. Se a gastrostomia original for endoscópica a troca deverá ser remunerada através de uma nova gastrostomia endoscópica, acrescido do exame de imagem correspondente.

5) CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Exames angiográficos — percentualização e exclusão:

- Honorários médicos: 100% e 50%.

Os códigos abaixo foram considerados não excludentes, conforme o objetivo pelo qual foram criados:

- 40812022 Angiografia por punção ou;
- 40812030 Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 40812065 Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 40812073 Angiografia pós-operatória de controle.

5.1) Codificações de cardiologia intervencionista diagnóstico

As codificações de cardiologia intervencionista diagnóstico são as elencadas abaixo. Os procedimentos abaixo não podem ser cobrados simultaneamente.

- 30911044 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica;
- 30911052 Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio;

- 30911060 Cateterismo cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar;
- 30911079 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia;
- 30911087 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros;
- 30911095 Cateterismo E e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 30911109 Cateterização cardíaca E por via transeptal.

6) CIRURGIA GERAL e VISITAS HOSPITALARES

- Cirurgias realizadas através da mesma via de acesso: 100% + 50%;
- Cirurgias realizadas através de vias de acesso diferente: 100% + 70%;
- Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas, será atribuído o porte de acordo com o procedimento realizado;
- Os procedimentos cirúrgicos incluem as visitas pós-operatórios relacionados ao tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 dias após o ato cirúrgico;
- Não cabe remuneração de profissional clínico para visitas pós-operatórias sem justificativa;
- Não serão remuneradas visitas de médicos do pronto socorro;
- Em procedimentos eletivos com cirurgia agendada não cabe cobrança de visita no pré-operatório.

6.1) Laparotomia exploradora

O código da laparotomia exploradora visando biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas não será remunerado, quando associado ao código específico para tratamento da patologia. Irá constar na tabela de excludentes do FASERV.

6.2) Obesidade mórbida

Procedimentos com pré-requisitos de autorização. Serão solicitados TODOS os documentos necessários. Apenas assim, será procedida a avaliação da pertinência da cirurgia. Relatórios de profissionais sem registro de especialidade não serão aceitos, a exceção da psiquiatria, devido à falta de profissionais credenciados ao FASERV.

6.3) Tumores do cólon e reto

Nas cirurgias realizadas para remoção de tumores no cólon, deve-se considerar para remuneração apenas o código correspondente ao segmento do intestino que será retirado. A retirada dos linfonodos próximos (pericólicos e mesocólicos) e a reconstrução do trato intestinal já estão incluídas no procedimento e, portanto, não devem ser cobradas separadamente.

Da mesma forma, nos casos em que for necessária uma cirurgia de abaixamento, a remuneração deve se restringir ao código específico desse procedimento, já que a remoção do segmento do cólon, a linfadenectomia e a reconstrução também estão incorporadas nessa técnica, conforme orientações do Colégio Brasileiro de Cirurgia.

6.4) Cobertura para cirurgia de mama

O FASERV irá adotar a regra de que não há cobertura para cirurgia plástica estética. Os códigos relacionados a esses procedimentos têm cobertura em casos de ferimentos traumáticos e tumores. A análise da pertinência deles se dará conforme relatório médico e análise da auditoria médica.

6.5) Dermolipectomia

Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago). Código remunerado é 0 30101271 Dermolipectomia para correção de abdômen em avental.

6.6) Toracostomia com drenagem torácica

Remunerado somente se for o procedimento principal. Não pode ser cobrado caso se trate de etapa de outro procedimento principal ou inerente a ele.

6.7) Simpatectomia

A simpatectomia por hiper-hidroze deve ser liberada com base nas seguintes indicações médicas:

- Idade: Maior ou igual a 16 anos, com Termo de Ciência obrigatório devidamente assinado pelo usuário/ responsável;
- Indicação: Palmar - quando funcional axilar — somente quando o usuário manifestou a doença palmar também.

A liberação dessa cirurgia está condicionada à realização obrigatória da perícia médica.

6.8) Acesso venoso central

Na UTI: Será permitida a cobrança dos procedimentos desde que esses não sejam realizados pelo plantonista da UTI, sendo eles os códigos 40813231 e 30913012.

Cabe remuneração do plantonista quando este implantar cateter de hemodiálise. No Centro cirúrgico: O acesso venoso central realizado no centro cirúrgico por anestesista deve ser remunerado a parte, respeitando se a via de acesso.

6.9) Implante de cateter venoso central por ultrassonografia

Quando esses procedimentos forem guiados por ultrassonografia, o código 40901211 - US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão) deve ser pago concomitantemente.

6.10) Hérnia de disco sintomática, sem estenose osteoligamentar e sem instabilidade

Remunerada pelo código 30715180. A discectomia/microdiscectomia refere-se à retirada total ou parcial (núcleo pulposo) do disco acometido por uma doença herniária, quando essa causa ou contribui para compressão de tecidos nervosos (estenose de canal ou radiculopatia). Há ainda indicação quando é causa de dor discogênica intratável. É remunerada por segmento vertebral. O acesso ao disco é realizado através de laminectomia ou laminotomia.

6.11) Complementações de códigos

- A laminectomia (código 30715199) é o procedimento remunerado por vértebra para remoção da lâmina posterior das vértebras, e pode ser total ou parcial. A cirurgia de descompressão posterior pode se resumir apenas a esse procedimento, às vezes, pedido também pela codificação de descompressão medular e/ou cauda equina. Apesar de poder descomprimir a medula, não deve ser remunerado por tratamento de hérnia e/ou tratamento microcirúrgico de canal estreito. Fica em duplicidade com a codificação de descompressão medular e/ou cauda equina e vice-versa. Como via

de acesso, é parte integrante do procedimento principal no tratamento da hérnia/canal estreito/espondilolistese.

- A descompressão medular (código 30715091) é excludente quando associada ao código 30715369 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento ou 30715393 - Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ou 30715180 - Hérnia de disco tóraco-lombar tratamento cirúrgico por segmento, por se tratar de fase obrigatória ou decomposição do procedimento principal. Essa codificação, quando remunerável, é por cirurgia.

- A colocação de enxerto ósseo póstero-lateral (pedículos e processos transversos) elou intervertebral .com ou sem cages, anterior ou posterior) são fases obrigatórias para a fusão, ato proposto pela artrodese.

- A remuneração do código 30713072 (retirada de enxerto ósseo) é prevista quando é realizada a retirada de enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico como, por exemplo, da crista ilíaca. A codificação 30732026 - Enxerto ósseo refere-se à colocação de enxerto ósseo, que é ato incluso no processo de fusão intervertebral, remunerado pelas codificações de artrodese. Não deve ser usado como sinônimo de 30713072.

- Os códigos: 40811018 - Radioscopia diagnóstica e 40811026 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico - por hora ou fração, serão remunerados para o acompanhamento do radiologista, mediante laudos e registros em prontuário, para validação do auditor hospitalar. Não é devido para o cirurgião, pelo acompanhamento radiológico ser parte integrante da cirurgia.

7) CONSULTA E SESSÃO PARA FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTRIÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL

A avaliação por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional inicia se na solicitação médica. O atendimento à prescrição dietética do paciente internado é função da nutricionista e está incluso na diária hospitalar, como função básica dentro de sua atuação profissional.

Para o atendimento em Fisioterapia Motora ao paciente internado, compete a sua aplicação da seguinte forma:

- 01 (uma) sessão por dia em enfermaria.
- Até 02 (duas) sessões por dia em UTI, caso necessário.

Para o atendimento em Fisioterapia Respiratória compete a sua aplicação da seguinte forma:

- 01 (uma) sessão por dia em enfermaria.
- Até 02 (duas) sessões por dia em UTI, caso necessário.

Quando o paciente em UTI estiver sob ventilação mecânica, admite-se a aplicação do código de fisioterapia respiratória até 04 (quatro) sessões por dia, caso necessário.

8) DERMATOLOGIA

- Acrocórdons são pequenas lesões escuras, compridas, ligadas à pele por uma pequena base. Acometem áreas de dobras, como axilas, regiões embaixo dos seios e pescoço. São mais comuns em pessoas de meia-idade, afetando mais mulheres que homens. Alguns acrocórdons podem desaparecer espontaneamente quando traumatizados. Não apresentam risco de malignização. Não possuem cobertura para exérese.
- O conceito de lesões extensas, remuneradas sob o código 30101786, envolve uma análise tridimensional (largura, comprimento e profundidade), e que excedem mais de 10 cm na soma. Geralmente, demandam infiltrações anestésicas volumosas, sutura em planos e vários fios. Não preenchendo esses critérios, a codificação a ser usada seria 30101794 — Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento.
- Autorizado os códigos 30101450 Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos ou 30101581 Extensos ferimentos, cicatrizes, ou tumores - exérese e enxerto cutâneo para lesões maiores que 2 cm de diâmetro ou lesões menores, desde que estejam localizadas em áreas de difícil acesso (limitação de pele), tais como dorso do nariz, pálpebras, lábios, comissuras e pavilhão auricular, e que se justifique rotação ou enxerto de retalho cutâneo e sutura em vários planos.
- O código 30101522 Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região é indicado para ferimentos, cicatrizes ou tumores: maiores que 10 cm (tridimensional) ou mais profundos com envolvimento até fáscias, músculos, tendões (reconstrução com retalhos e em vários planos); lesões por esmagamento e lesões estreladas; e lesões de face, mãos, couro cabeludo e pés, acima de 5 cm, e que necessitaram de rodar retalho para fechamento. Observação: existem outras codificações mais específicas para enxertos e retalhos, a serem analisadas caso a caso.
- Código 20104103 Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados - Refere-se a curativos pouco extensos, executados por médicos, mediante descrição do ato

(achados e atos efetivamente realizados). São inclusos em procedimentos cirúrgicos que o precederam no mesmo ato.

- QUEIMADOS - Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano, existem 11 (onze) UTs, mas para regras de remuneração, conforme a contagem por áreas nobres/especiais, podemos ter bem mais que essas 11 UTs: Unidades topográficas

- Cabeça e pescoço 1;
- Cada um dos membros superiores 2;
- Face anterior do tórax 1;
- Face posterior do tórax 1;
- Abdome 1;
- Nádegas (da cintura à raiz da coxa) 1;
- Cada uma das coxas 2;
- Cada um dos conjuntos pernas e pés 2;
- Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).

9) RADIOSCOPIA

- 40811018 Radioscopia diagnóstica

- 40811026 Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico - por hora ou fração

Esses códigos serão remunerados somente para o acompanhamento do radiologista, mediante laudos e registros em prontuário, para validação do auditor hospitalar. Eles não são devidos para o cirurgião pelo fato de o acompanhamento radiológico ser considerado parte integrante da cirurgia. Em geral, o radiologista não participa do ato de radioscopia. No entanto, a remuneração desse código se refere ao uso do arco cirúrgico. Sendo cobrada a taxa do aparelho em conta

10) VIAS DE ACESSO

As angiografias que acompanham procedimento intervencionista serão remuneradas a 50%, em relação ao procedimento intervencionista. Os procedimentos intervencionistas em diferentes sítios sofrerão redutores de 70% ou 50% quando realizados concomitantemente.

As angiografias sofrerão limitadores quantitativos:

- 40812030 - máximo de 1x, pois refere-se a grande vaso. Esse código exclui o 40812022, pois são excludentes.
- 40812065 - máximo de 3x, conforme a complexidade do procedimento.
- 40812049 - máximo de 3x, conforme a necessidade de seletivar um novo vaso.
- 40812057 - máximo de 3x, conforme a necessidade de seletivar um novo vaso.
- 40812073 - máximo de 1x, o conjunto imagens para controle remunera-se sob esse código 1x.

11) ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA

11.1) Dopplerfluxometria

- 40901246 US - obstétrica - com doppler colorido
- 40901289 US - obstétrica - gestação múltipla com doppler colorido: cada feto

Os códigos 40901246 e 40901289 só devem ser autorizados a partir de 10 semanas de gestação, conforme definição de feto da OMS.

11.2) Ultrassonografia de mamas e de axilas

- 40901114 US - mamas
- 40901211 US - estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão)

Quando da solicitação concomitante, os dois códigos deverão ser pagos 1 vez por cada código. Pagamento de 1 vez o procedimento 40901211 US - Estruturas

superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão) independente do número de axilas.

11.3) Ultrassonografia obstétrica morfológica

- 40901262 US - Obstétrica morfológica
- 40901300 US - Transvaginal (útero, ovários, anexos e vagina)

Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 18 e 24 semanas de gestação no momento da solicitação de autorização do procedimento e quando ela ocorrer até a idade gestacional de 24 semanas. Os exames não são excludentes quando realizados concomitantemente e devidamente documentados.

A ultrassonografia transvaginal associada à morfológica é utilizada para avaliar a medição do colo uterino, o que pode ser feito, também, por via transabdominal, porém com menor acurácia.

11.4) Ultrassonografias obstétricas

- 40901297 US - Obstétrica I^o semestre (endovaginal)
- 40901270 US - Obstétrica gestação múltipla: cada feto
- 40901254 US - Obstétrica com translucência nucal

Não se justifica pagar o código 40901297 - US Obstétrica 1^o semestre (endovaginal), mais 40901270 - US Obstétrica Gestação múltipla cada feto antes de 10 semanas. Em caso de gemelaridade, antes de 10 semanas, deve ser pago apenas o código 40901297 (1X). Após 10 semanas em gestação gemelar e quando for realizado o US Obstétrica com translucência nucal deve ser pago 2 vezes o código 40901254.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL - Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 11 e 13 semanas e 6 dias de gestação e quando a solicitação de autorização do procedimento ocorrer até a idade gestacional de 13 semanas e 6 dias.

40901254 - US - Obstétrica com translucência nucal - para fins de cobertura, o procedimento **ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL** é considerado sinônimo de Exame ultrassonográfico morfológico fetal de 1^o trimestre, Exame morfológico de 1^o trimestre e Ultrassonografia com medida da translucência nucal.

11.5) Exames ultrassonográficos com doppler

- 40901220 US - Articular (por articulação)
- 40901203 US - órgãos superficiais (tireoide ou escroto ou pênis ou crânio)
- 40901211 US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou musculo ou tendão)

NÃO cabe a remuneração do US com Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada ou qualquer outro código de Doppler EM ASSOCIAÇÃO aos códigos: 40901220 ou 40901203 ou 40901211. Deve ser remunerado apenas UM dos 3 códigos acima por área a ser estudada.

Motivo: O estudo de um vaso com doppler colorido permite estudo da direção e taxa de fluxo sanguíneo e não é realizado com os US articular/órgão / estrutura. Nesses exames é utilizado um recurso do equipamento, o power doppler, que mostra apenas o volume de sangue presente, sem estudo de direção ou velocidade do fluxo, por isso são considerados excludentes. Em caso de sinovite articular o uso do Power Doppler é apenas para ver se o espessamento Sinovial tem atividade inflamatório (doppler positivo) ou é espessamento crônico/ cicatricial sem inflamação.

12) - 41001230 TC - ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

Observações:

- Pacientes assintomáticos: não têm indicação de serem submetidos à angiotomografia de coronárias. Pacientes com sintomas atípicos de doença coronariana (dor atípica) e com probabilidade pré-teste de doença coronariana muito baixa: não devem ser submetidos à angiotomografia de coronárias, porque os riscos relacionados à exposição ionizante superam os benefícios.
- Pacientes sintomáticos que apresentem risco intermediário para doença coronariana de acordo com uma estratificação inicial baseada em dados clínicos e que manifestem alterações pouco esclarecedoras ao teste ergométrico e/ou à cintilografia miocárdica: nesses casos, um exame de angiotomografia negativo pode encerrar a propedêutica e evitar uma angiografia invasiva.
- Pacientes sintomáticos com alta probabilidade pré-teste de doença coronariana determinada por dados clínicos e por informações obtidas no teste ergométrico ou na cintilografia miocárdica: NÃO são candidatos à angiotomografia coronariana, porque certamente necessitarão de avaliação angiográfica invasiva (cateterismo cardíaco).

13) 41001478 - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR

Cobertura obrigatória para pacientes com doença arterial periférica de membros inferiores candidatos à revascularização, quando permanece dúvida diagnóstica após a realização do doppler colorido arterial de membros inferiores.

14) 41001087 TC - CORAÇÃO - PARA AVALIAÇÃO DO ESCORE DE CÁLCIO CORONARIANO

Demonstrado que a quantificação de cálcio não interfere em desfechos benéficos para a melhoria da qualidade de vida ou sobrevida do paciente.

15) FISIOTERAPIAS

Sugere-se o número máximo de IO sessões, solicitadas por guia. Ao término das autorizadas, novas guias poderão ser solicitadas e os resultados e as quantidades de sessões serão avaliados. Importante frisar que o FASERV pede a anexação do pedido médico sempre que solicitado nova guia, de modo a manter o controle quanto a quantidade e codificações propostas.

A codificação deve se basear no tipo de fisioterapia (motora, respiratória, linfática, neurológica etc.), não sendo permitido a liberação de mais de um código por sessão.

Para pacientes internados, são usados os códigos de Miopatias 20103344 (fisioterapia motora) e de Assistência fisiátrica respiratória 20203047 ou 20203012.

Em relação as quantidades, fica definido que, para pacientes em regime hospitalar de enfermaria, são remunerados no máximo 1 motora e 1 respiratória por dia. Já para pacientes em CTI, remunera-se na quantidade de 2 motoras e 2 respiratórias por dia, com exceção dos pacientes em Ventilação Mecânica ou Traqueostomizados, onde libera-se no máximo de 4 fisioterapias respiratórias por dia.

16) GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

Implante de dispositivo intrauterino hormonal sob sedação, sob os códigos:

- 31303293 Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal - inserção
- 31303269 Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal

Trata-se de procedimento ambulatorial/consultório definido pela ANS no Anexo I da Lei 9.656/98 atualizada pela RN vigente da ANS, portanto, sem cobertura obrigatória para sedação, internação mesmo em hospital-dia e taxa de centro cirúrgico. Não cabe a remuneração de diária para a realização do procedimento. A sedação é

procedimento em exceção e necessita de justificativa técnica para sua remuneração. Não há, até o momento, qualquer recomendação embasada na literatura para o uso sistemático de sedação ou mesmo para o uso anestésico local para a inserção de DIU. Não cabe remuneração histeroscopia para implante de DIU. Nos casos em que houver imperativo clínico ou estreitamento do colo uterino, pode ser autorizado o implante de DIU com sedação.

17) MICRONEURÓLISE

Trata-se de um procedimento cirúrgico aberto relacionado a nervos periféricos e plexos, que consiste no isolamento anatômico com liberação de fibras intrafascicular/intraneural envolvidos por debris e tecidos fibrosos elou inflamatórios. Quando realizado com microscopia, utiliza-se o termo microneurplise. Observações:

1. Não deve ser autorizado para realização de bloqueios ou denervação de facetas que têm codificação específica.
2. Identificar e isolar um nervo, ou seu plexo, ou ramo em uma via de acesso é parte integrante do procedimento principal e não pode ser remunerado à parte.

Códigos cobertos para síndromes compressivas específicas de nervo, por técnica convencional, sendo remunerado um ou outro, no mesmo momento:

- 30731097 Tenólise do túnel osteofibroso
- 31403280 Neurólise das síndromes compressivas
- 31403360 Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório etc.)

Código coberto para síndromes compressivas específicas de nervo, por técnica videoartroscópica:

- 30737079 Túnel do carpo - descompressão - procedimento videoartroscópico de punho e túnel do carpo

No tratamento da síndrome do túnel do carpo, não é realizada microneurólise e o código não deve ser computado para essa patologia. O princípio se estende a cotovelo (ulnar) e tornozelo (tarso).

18) CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Conforme a CBHPM, a consulta oftalmológica é constituída por: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

18.1) Exames inclusos na consulta oftalmológica

- Biomicroscopia do segmento anterior e fundoscopia direta ou sob midríase;
- Ceratometria;
- Medida da acuidade visual;
- Refração;
- Retinoscopia.

18.2) Dermatocalaze ou blefarocalaze exérese - unilateral:

Não é permitido que os dois códigos (30301106 e 30301181) sejam liberados para a mesma lateralidade

A correção de bolsas palpebrais é um procedimento não contemplado por ser considerada procedimento estético.

A correção de xantelasma é considerada sempre procedimento estético, sem cobertura

18.3) Códigos 30301084 Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio, 30301157 Lagoftalmo - correção cirúrgica, 30301050 Cantoplastia lateral e 30301068 Cantoplastia medial: Atentar para o fato de que podem ser solicitados por analogia para correção estética das pálpebras inferiores e das bolsas de gordura palpebrais. Casos duvidosos devem ser periciados.

18.4) 30301165 Pálpebra - reconstrução parcial (com ou sem ressecção de tumor): Pode ser autorizada para lesões tumorais grandes (maiores que um terço da pálpebra) ou reconstruções relacionadas a danos funcionais severos (enxertos palpebrais).

18.5) 30307040 Implante de silicone intravítreo

30307090 Troca fluido-gasosa (gás expansor) Mantida a exclusão desses códigos. Não cabe a cobrança de 30307090 para o passo intermediário de expansão,

antes do implante de silicone, (conforme parecer CFM 12/2017 - procedimento contido em outro).

18.6) O código 30307120 - Vitrectomia via pars plana

Não deve ser pago como via de acesso e, portanto, não deve ser pago em olhos já vitrectomizados previamente ou com óleo de silicone.

18.7) 30307066 - Membranectomia epi ou subretiniana, é necessária a evidenciação de membrana em exame (angiofluoresceinografia, tomografia de coerência óptica ou ultrassonografia).

Preferencialmente, na região macular. Ele pode ser cobrado em associação com o código **30307090 - Troca fluido-gasosa**, pois normalmente troca-se perfluorooctano líquido (perfluorocarbono) por ar filtrado (constituindo a troca fluido-gasosa) e, depois, ar filtrado.

19) ORTOPEDIA

Nas cirurgias por videoartroscopia são autorizáveis três procedimentos, conforme instruções gerais do Rol/CNHM 3/9, não sendo adequada a inclusão de códigos de cirurgia convencional para atos artroscópicos.

A Tenotomia do cabo longo do bíceps serve para dar acesso aos procedimentos principais, não cabendo remuneração específica. A presença de líquido na bainha é achado inespecífico e não configura a lesão. Caso o procedimento cirúrgico for iniciado por vídeo e, por impossibilidade técnica, houver a necessidade de passar para uma cirurgia a céu aberto, o procedimento contemplado deverá ser apenas o realizado pela via convencional, isso é, o procedimento que foi resolutivo.

Pagamento da sinovectomia total ou parcial apenas em casos de doença da sinóvia, quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulação, com comprovação mediante anátomopatológico executado.

20) ENDOSCOPIA NASO FARINGO LARÍNGEA DIAGNÓSTICA

Na prática, a avaliação de cavidades naso-sinusais e faringo-laringe é feita basicamente de 4 formas, apesar da multiplicidade de códigos existentes. Endoscópio rígido em nariz: visualiza-se as cavidades nasais, meatos naso-sinusais, ocasionalmente seios paranasais pelo óstio de drenagem desses seios e cavum, incluindo esfíncter velofaríngeo e rinofaringe.

40201228 Vídeoesndoscopia naso-sinusal com ótica rígida

40201210 Vídeoesndoscopia naso-sinusal com ótica flexível

Endoscópio flexível em nariz: é possível visualizar exatamente as mesmas coisas que pelo rígido. Faringe e laringe com endoscópio rígido: é feito via cavidade oral, sendo possível visualizar apenas essas duas estruturas, incluindo estruturas vocais.

40201260 Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido

Faringe e laringe com endoscópio flexível: a via de acesso à faringe e laringe por endoscópio flexível é a própria cavidade nasal, ou seja, introduz-se o endoscópio na cavidade nasal e desce até a laringe.

40201252 Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível

40201228 Videoesndoscopia naso-sinusal com ótica rígida

Não há justificativa técnica para remuneração dos dois procedimentos citados acima, pois quando se faz a Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível já está sendo feita a visualização da cavidade nasal do aparelho.

40201260 Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido

40201210 Videi endoscopia naso-sinusal com ótica flexível

21) 30501350 RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

Para o tratamento funcional do nariz, é realizada a septoplastia.

A única exceção que deve ser considerada é a insuficiência da válvula nasal, uma situação rara, habitualmente iatrogênica, por retirada excessiva da cartilagem lateral inferior, durante uma rinoplastia para afinamento da ponta nasal.

22) PARA SANGRIA TERAPÊUTICA, NÃO CABE A TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO DE ACOMPANHAMENTO 40401022)

23) 40901793 ELASTROGRAFIA HEPÁTICA

Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de Hepatite B, Hepatite C, Hepatite C pós-transplante, HIV e doença de fígado não alcoólica, com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, em pelo menos uma das seguintes condições:

- a. diagnóstico inicial;
- b. estadiamento;

c. acompanhamento

24) 41301102 COLPOSCOPIA (CÉRVICE UTERINA E VAGINA)

Consiste na observação do colo uterino por meio de um aparelho dotado de lentes de aumento e iluminação própria denominada colposcópio. É essencial na detecção de lesões precursoras e malignas de colo do útero e para orientar a biópsia. Indicações de colposcopia:

- Citologia suspeita ou positiva
- Suspeita clínica de câncer invasor
- Lesão por HPV (papiloma vírus humano), em qualquer região do trato geniturinário (TGU)
- Sinusorragia, pólipos, cervicites
- Teste de Schiller positivo
- Propedêutica de leucorreia recidivante
- Delimitação topográfica de lesões
- Terapêutica e acompanhamento de NIC (neoplasia intraepitelial cervical)
- Investigação de parceiras de homens com DST (doenças sexualmente transmissíveis)

25) AVALIAÇÃO DE DIETA ENTERAL

Não será remunerada avaliação da dieta enteral em pacientes internados, pelo fato de que a mesma está inclusa na avaliação diária/visita do médico assistente

26) 30715059 CIRURGIA DE COLUNA POR VIA ENDOSCÓPICA

A cobertura é restrita ao tratamento da hérnia de disco. Quando a cirurgia endoscópica for indicada para tratamento de hernia de disco deverá ser remunerado o código 30715059 Cirurgia de Coluna por Via Endoscópica, e quando estiver associado a estreitamento de canal deverá ser acrescido o código 30715369 Tratamento Microcirúrgico do Canal Estreito Lombar. O procedimento 40811026 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) já está regrada pelo Colégio Nacional de Auditores.

27) 30907080 IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA

Necessário envio de US doppler venoso para comprovar existência de TVP (ou exame de imagem com capacidade para tal). Para pacientes cuja utilização de anticoagulantes esteja contraindicada. Embolia pulmonar de repetição, comprovada por exames de perfusão de artéria pulmonar.

INSTRUÇÕES NORMATIVAS DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM FASERV

A Auditoria Médica e de Enfermagem no FASERV atua como ferramenta estratégica de gestão e regulação. Ela monitora a qualidade da assistência prestada pela rede credenciada (hospitais, clínicas e laboratórios etc.) e assegura o equilíbrio econômico-financeiro do contrato assistencial. O auditor médico e de enfermagem analisa criticamente a conformidade técnica dos serviços cobrados, utilizando como base a eficiência, a segurança do paciente e a contratualização.

1) OBJETIVOS

- **Garantir a pertinência técnica:** Avaliar se os procedimentos executados e materiais utilizados estavam clinicamente indicados.
- **Prevenir as perdas e danos:** Identificar cobranças duplicadas, cobranças de procedimentos não realizados ou em desacordo com as Tabelas Contratuais (TUSS/CBHPM 2016, CMED).
- **Assegurar a qualidade assistencial:** Monitorar se a rede prestadora cumpre as boas práticas de segurança do paciente.
- **Otimizar a sinistralidade:** Controlar os custos assistenciais para manter a viabilidade financeira do FUNDO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR -FASERV.

1.1) Fundamentação Legal e Normativa

A atuação do médico e do enfermeiro auditor no FASERV é regida obrigatoriamente pelas resoluções do CRM e do COFEN:

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.448, DE 23 DE OUTUBRO DE

2025 Regulamenta o ato médico de auditoria e dá outras

providências

- **Resolução COFEN nº 266/2001:** Regulamenta as atividades do Enfermeiro Auditor.

- **Resolução COFEN nº 568/2018:** Trata dos prazos de análise e do sigilo profissional.
- **Lei nº 7.498/1986:** Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.
- **Normas RN da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar):** Regulamentações sobre prazos de atendimento, Rol de Procedimentos e coberturas obrigatórias.

2.0) DIRETRIZES OPERACIONAIS DA AUDITORIA

2.1) Auditoria Analítica (Pré-Analítica)

- Análise de pedidos de autorização prévia (procedimentos eletivos).
- Validação de indicação clínica com base nas Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS.
- Negociação de pacotes cirúrgicos com hospitais antes da internação.

2.2) Auditoria In Loco (Concorrente)

- Visitas do enfermeiro auditor aos hospitais da rede credenciada durante a internação do paciente.
- Acompanhamento de pacientes crônicos ou de longa permanência em UTI.
- Pactuação e consenso de diárias e taxas diretamente com a auditoria do hospital.

2.3) Auditoria Retrospectiva (Análise de Contas)

- Conferência do prontuário físico/eletrônico contra a conta hospitalar enviada.
- Aplicação de glosas técnicas (ex: ausência de relatório de enfermagem para justificar oxigenoterapia ou materiais de alto custo).
- Processamento e validação física de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) faturados.

3.0) DIRETRIZES OPERACIONAIS NA REGULAÇÃO -FASERV

3.1) Auditoria Analítica e Autorização Prévia (Regulação)

A auditoria analítica consiste na avaliação documental prévia das solicitações de procedimentos, internações e insumos eletivos.

- **Análise de Elegibilidade e Cobertura:** Verificação do vínculo do beneficiário e da inclusão do procedimento no rol de coberturas do FASERV.
- **Aplicação das DUT (Diretrizes de Utilização):** Validação estrita dos critérios clínicos exigidos pela ANS ou normativas próprias do FASERV antes da liberação de exames e cirurgias.
- **Regulação de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais):**
 - Exigência de três orçamentos de fornecedores distintos fornecidos pelo prestador (princípio da ampla concorrência).
 - Vedação à indicação de marcas específicas pelo médico assistente, conforme determinações do CFM e COFEN.
 - Análise técnica das justificativas clínicas para o uso de materiais de alto custo.

3.2) Auditoria In Loco (Concorrente)

A auditoria concorrente é realizada por meio de visitas técnicas diretas aos prestadores credenciados durante o período de internação do paciente.

- **Foco na Eficiência e Desospitalização:** Avaliação diária da real necessidade de manutenção do paciente em leitos de alta complexidade (UTI) ou internação clínica.
- **Identificação de Desvios Assistenciais:** Verificação da segurança do paciente e da execução do plano terapêutico prescrito.
- **Pactuação Técnica:** Resolução imediata de inconformidades de registro junto à equipe assistencial do hospital, evitando litígios futuros.

3.3) Auditoria Retrospectiva e Aplicação da Tabela CMED

A auditoria retrospectiva ocorre após a alta do beneficiário, analisando a conta hospitalar final frente ao prontuário médico e de enfermagem.

- **Auditoria de Medicamentos (Regra CMED):**
 - **Preço Máximo ao Consumidor (PMC):** Utilizado como teto absoluto para a validação de medicamentos faturados na conta, com a devida dedução de descontos e impostos aplicáveis (como o ICMS diferenciado para compras públicas, se houver).

- **Concorrência de Checagem:** Medicamento cobrado na conta deve possuir obrigatoriamente o registro de administração (horário, assinatura e carimbo do profissional de enfermagem) no prontuário.
- **Golos e Sobras:** Auditoria rigorosa sobre o desperdício de ampolas e frascos (fracionamento de doses), aceitando apenas a cobrança do volume efetivamente injetado no paciente.
- **Regras para Glosas Técnicas:**
 - **Glosa Total:** Procedimentos, diárias ou materiais cobrados sem qualquer registro de execução ou evolução na folha de enfermagem.
 - **Glosa Parcial:** Divergência quantitativa entre o solicitado em conta e o documentado em prontuário (ex: cobrar 5 gases, mas registrar o uso de apenas 2).
 - **Ausência de Justificativa:** Materiais de alto custo ou medicamentos de terceira linha utilizados sem a devida evolução médica justificando a escolha terapêutica.

4) PROCESSO DE GLOSAS, NOTIFICAÇÕES E RECURSOS

4.1) Fluxo Administrativo de Glosas

Toda divergência identificada pela auditoria de enfermagem entre o faturado pelo prestador e o registrado em prontuário resultará em uma glosa técnica. Este processo deve seguir estritamente o fluxo administrativo e os princípios da ampla defesa e do contraditório.

- **Emissão do Relatório de Glosa:** Após a análise retrospectiva da conta, o enfermeiro auditor registrará as inconformidades diretamente no sistema de gestão hospitalar/auditoria do FASERV.
- **Notificação do Prestador:** O prestador de serviço credenciado será notificado sobre as glosas aplicadas na guia do sistema web, detalhando os motivos técnicos (ex: ausência de checagem, falta de relatório de OPME).

4.2) O Prazo Legal de Recurso (45 Dias)

- **Abertura de Prazo:** A partir da data de recebimento da notificação de glosa ou da disponibilização do extrato de faturamento, o prestador terá o prazo impreterível de **45 (quarenta e cinco) dias corridos** para protocolar seu Recurso de Glosa.

- **Preclusão Administrativa:** Caso o prestador não apresente a contestação técnica fundamentada dentro do prazo legal de 45 dias, o direito ao recurso caduca (preclusão), consolidando a glosa em definitivo em favor do FASERV.

4.3) Análise e Julgamento do Recurso pela Auditoria

- **Análise Técnica:** O enfermeiro e o médico auditor do FASERV reavaliarão os itens contestados pelo prestador, confrontando as novas justificativas enviadas com o prontuário original e as regras contratuais.
- **Resultado do Recurso:** O parecer final da auditoria será classificado como:
 - **Glosa Mantida:** O recurso foi negado por falta de fundamentação técnica ou documental, não sendo permitido novo recurso de glosa.
 - **Glosa Revertida (Liberada):** O recurso foi aceito após o prestador comprovar a execução do procedimento ou o uso do insumo de forma robusta.

5) AUDITORIA DIGITAL E PARAMETRIZAÇÃO NO SISTEMA WEB FASERV

5.1) Utilização da Ferramenta Web

A operacionalização da auditoria analítica e retrospectiva deste Fundo ocorre obrigatoriamente através do software de gestão de saúde **Web FASERV**. O sistema garante a rastreabilidade de todas as ações regulatórias.

5.2) Parametrização de Regras e Bloqueios no Sistema

Para otimizar o tempo dos auditores do FASERV serão padronizadas as análises no sistema Web de gestão que deverão ser parametrizadas com:

- **Teto CMED Automático:** Bloqueio e alerta automático para medicamentos faturados com valores acima do Preço Máximo ao Consumidor (PMC) ou em desacordo com as alíquotas contratuais.
- **Regras de Coincidência (Glosas Lineares):** Alertas automatizados para cobranças incompatíveis (ex: cobrança de taxa de sala cirúrgica superior ao tempo de anestesia registrado).
- **Bloqueios de OPME:** Travas de liberação sistêmica que impedem o faturamento de materiais especiais que não passaram pela pré-autorização da auditoria analítica.
- **Tempo Médio de Análise (SLA):** Dias decorridos entre o envio da conta pelo hospital e o fechamento do parecer pela auditoria.

6) REGRAS GERAIS E CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DE GLOSAS

6.1) Princípios Norteadores da Glosa no FASERV

Toda glosa efetuada pelos auditores deve ser pautada em três pilares fundamentais:

- **Legalidade e Contratualização:** A glosa deve basear-se no contrato firmado com o prestador, nas resoluções do COFEN/ANS e CRM ou na tabela **CMED**, CBHPM 2016, Tabela de matérias e diárias e taxas
- **Evidência Documental:** Só é passível de glosa o item que comprovadamente apresente desconformidade, ausência de registro ou rasura no prontuário.
- **Rastreabilidade:** Toda glosa inserida no sistema deve apontar exatamente onde está a falha (ex: "*Glosa aplicada devido à ausência de checagem na folha de prescrição do dia 15/03, item 4*").

6.2) Regras Estritas de Execução para Equipe de Auditoria FASERV

Regra 1: O Princípio do Registro ("O que não está escrito, não foi feito")

- A ausência de carimbo, assinatura, horário ou checagem na folha de administração de medicamentos e evolução de enfermagem E MÉDICA enseja **glosa técnica imediata e integral** do item faturado.
- Justificativas verbais da equipe assistencial do hospital durante a auditoria *in loco* não substituem o registro formal em prontuário.

Regra 2: Alinhamento Obrigatório à Tabela CMED

- O auditor deve confrontar o valor de cada medicamento faturado com o preço teto da tabela CMED (Preço Máximo ao Consumidor - PMC).
- Qualquer valor cobrado acima do teto regulamentado deve ser **glosado parcialmente** (glosa do valor excedente), utilizando o código TISS 1901.

Regra 3: Vedação à Cobrança de Sobras Não Injetadas (Fracionamento)

- Medicamentos de uso injetável que permitem o fracionamento de dose devem ser cobrados estritamente pelo volume administrado.
- O FASERV **não pagará por ampolas/frascos integrais** se o registro de enfermagem comprovar o uso de apenas uma fração, exceto em casos de

medicamentos de frasco único sem estabilidade pós-abertura, devidamente justificados em relatório.

Regra 4: Rastreabilidade Obrigatória de OPME e Alto Custo

- Materiais especiais (OPME) cobrados em conta hospitalar que **não apresentarem as etiquetas originais de rastreabilidade** (contendo número de lote, registro ANVISA e série) coladas no prontuário ou no relatório cirúrgico serão **glosados integralmente**.
- A cobrança de materiais que excedam a quantidade previamente autorizada pela Auditoria Analítica será glosada, exceto se houver relatório do cirurgião justificando a intercorrência em ato cirúrgico.

7) DA COMISSÃO DE REVISÃO DE GLOSAS (CRG)

7.1) Da Criação e Natureza da Comissão

A Comissão de Revisão de Glosas (CRG) é uma instância de caráter deliberativo, técnico e administrativo, instituída por ato oficial (Portaria/Resolução) da Direção do FASERV. Sua finalidade é analisar, em segunda e última instância administrativa, os recursos de glosas que não foram consensuados na auditoria inicial e que foram formalizados pelos prestadores no prazo de **45 dias**.

7.2) Composição Mínima da CRG

Para garantir a equidade, a legalidade e a competência técnica nas decisões, a comissão terá uma composição multiprofissional e paritária, constituída obrigatoriamente por servidores públicos efetivos ou designados:

- **Presidente da Comissão:** Representante da Diretoria do FASERV ou de Provimento de Assistência do órgão.
- **Membro Técnico (Enfermagem):** Pelo menos 01 (um) Enfermeiro Auditor titular que não tenha participado da auditoria inicial da conta em recurso.
- **Membro Técnico (Médico):** Pelo menos 01 (um) Médico Auditor, para deliberar sobre condutas e pertinência clínica de procedimentos/OPME.
- **Membro Administrativo/Financeiro:** Pelo menos 01 (um) técnico de faturamento ou analista financeiro, responsável pela validação de taxas e regras contratuais.
- Membro do conselho fiscal e/ou administrativo do FASERV

- **Consultoria Jurídica:** 01 (um) representante da Procuradoria Jurídica ou assessoria jurídica do município para subsidiar decisões de impacto contratual legal, se necessário.

7.3) Do Rito Administrativo de Análise do Recurso

O processo de julgamento dentro do sistema e no âmbito físico/digital do FASERV seguirá rigorosamente os seguintes passos:

1. **Protocolo e Admissibilidade:** O recurso enviado pelo prestador é recebido. O setor administrativo verifica se o recurso foi protocolado dentro do prazo de **45 dias corridos** e se contém a documentação mínima (cópia do prontuário, notas fiscais e justificativa técnica). Recursos intempestivos (fora do prazo) são rejeitados de imediato.
2. **Distribuição e Relatoria:** O Presidente da CRG distribui o processo para um relator técnico (Enfermeiro ou Médico, a depender da natureza da glosa).
3. **Parecer do Relator:** O relator analisa as alegações do prestador de serviços face às regras do manual e do contrato, tabela **CMED** e registros médicos e de enfermagem. Ele emite um parecer fundamentado votando pela **manutenção da Glosa** (rejeição do recurso) ou pela **reversão da Glosa** (aceite do recurso).
4. **Julgamento Colegiado:** A comissão se reúne periodicamente para votar os pareceres. As decisões são tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes.

7.4) Das Decisões e Impedimentos de Recursos Judiciais Diretos

- **Soberania Administrativa:** A decisão da CRG encerra em definitivo a fase litigiosa administrativa dentro do FASERV.
- **Registro no sistema:** O resultado da votação (Procedente ou Improcedente) é inserido no sistema em recursos de glosa para a liberação do pagamento complementar (se houver reversão) ou arquivamento definitivo da glosa.
- **Lavratura de Ata:** Todas as deliberações da comissão serão registradas em Atas de Julgamento, que serão assinadas pelos membros e publicadas no boletim interno do FASERV, garantindo o princípio constitucional da publicidade.

7.5) Dos Impedimentos e Suspeições

- Fica impedido de relatar ou votar o recurso o membro da comissão que possuir qualquer vínculo profissional secundário, societário ou de parentesco com o prestador de serviço recorrente, visando garantir o princípio da **impressoalidade**.

7.6) Administrativo de Análise do Recurso

O processo de julgamento dentro do sistema e no âmbito do FASERV seguirá rigorosamente os seguintes passos e prazos:

1. **Protocolo e Admissibilidade:** O recurso enviado pelo prestador é recebido. O setor administrativo verifica se o recurso foi protocolado dentro do prazo de **45 dias corridos** e se contém a documentação mínima. Recursos intempestivos (fora do prazo) são rejeitados de imediato.
2. **Distribuição e Relatoria:** O Presidente da CRG distribui o processo para um relator técnico (Enfermeiro ou Médico) em até **05 (cinco) dias** a partir do recebimento.
3. **Parecer do Relator e Julgamento Colegiado:** O relator analisa as alegações face às regras do manual, tabela **CMED** e registros de enfermagem, emitindo seu voto. A comissão se reúne para deliberar por maioria simples.
4. **Prazo Legal para Resposta da CRG (45 Dias):** A Comissão terá o prazo máximo e improrrogável de **45 (quarenta e cinco) dias corridos**, contados a partir da data do protocolo de recebimento do recurso, para emitir o parecer final, julgar e publicar a decisão.
5. **Registro no sistema e Encerramento:** O resultado da votação (Procedente ou Improcedente) é inserido no sistema dentro do mesmo prazo de 45 dias para a liberação do pagamento complementar (se houver reversão) ou arquivamento definitivo da glosa.

REGRAS GERAIS DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM

PERNEIRAS DE COMPRESSÃO AUTOMÁTICA: As perneiras de compressão pneumáticas (equipamento + insumo) estão inclusas nas diárias e taxas hospitalares, seguindo a obrigatoriedade da ANS. Não é pertinente a cobrança de quaisquer itens utilizados para este fim.

ANTIBIÓTICOS EM PRONTO-ATENDIMENTO/PRONTO-SOCORRO: A penicilina benzatina é remunerada no pronto atendimento quando corretamente indicada. Nas

situações em que o paciente for internado, será permitida a cobrança de antibiótico parenteral ministrada no PA/PS. Nas situações excepcionais em que não haja possibilidade de internação (falta de vaga), desde que tenha justificativa clínica, não poderá ser cobrada mais de uma dose do antibiótico parenteral, quando ministrados em PA/PS.

ALÇA DE POLIPECTOMIA E PINÇA DE BIÓPSIA ENDOSCÓPICA: Alças de polipectomia descartáveis (rotulagem com as seguintes descrições: PROIBIDO REPROCESSAR, PRODUTO DE USO ÚNICO, O FABRICANTE RECOMENDA USO ÚNICO ou DESTRUIR APÓS O USO) serão remuneradas.

DESCRIÇÕES: REUSÁVEL, REUTILIZÁVEL ou REPROCESSADA) não será remunerada AGULHA DE ESCLEROSE E CLIP DE HEMOSTASIA Os materiais Agulha de Esclerose e Clip de Hemostasia serão remunerados, conforme negociação e solicitação previa.

ALÇA DE RESSECÇÃO: Liberação automática de alça de ressecção para procedimentos de polipectomia (sem necessidade de autorização prévia), necessitando apenas de justificativa em conta para seu uso com apresentação de embalagem e nota fiscal com data de emissão da nota menor 06 meses

AGULHA DE VERES: Agulha de Veres é considerado material permanente, não sendo permitida a cobrança desse material como material descartável

LUVAS CIRÚRGICAS ESPECIAIS PARA PROFISSIONAL ALÉRGICO: Serão remuneradas pelo preço de luva estéril comum.

MANTA TÉRMICA: Critérios de indicação: • Cirurgias de porte > ou = 6 para pacientes acima de 60 anos • Utilização em per e pós-operatório em neonatos • Pacientes politraumatizados • Grandes queimados • CTI – pacientes com hipotermia e com baixo débito com disfunção de múltiplos órgãos (primeiras 72 horas), à exceção de falência orgânica ou quadros de sepse • Paciente em estado de choque

CÂNULAS DE TRAQUEOSTOMIA: As cânulas de traqueostomia de uso corriqueiro em ambiente hospitalar, descartáveis com ou sem balão, ainda que sejam classificadas como órteses, não demandam autorização prévia e devem ter seu valor conforme precificação de nota fiscal e mais margem

Para modelos de longa permanência, deve ser mantido tratamento como órteses sendo, portanto, necessária justificativa para uso e autorização prévia pelo FASERV

MATERIAIS DE ASSEPSIA, FITAS ADESIVAS, DE QUALQUER TIPO OU MODELO, E EPI: Não devem ser remunerados em qualquer situação (internação, exames,

procedimentos, consultas etc.), independentemente de haver cobrança ou não de taxas.

ELETRODOS DESCARTÁVEIS: Não há previsão de remuneração para eletrodos descartáveis para a realização de teste ergométrico e eletrocardiograma (item incluso no exame).

FILTRO UMIDIFICADOR/ANTIBACTERIANO COVID-19: Aprovado 1 (um) filtro para ventilação por intubação para paciente com Covid-19 ou casos suspeitos da doença.

COLPOSCOPIA E CITOLOGIA: Não devem ser remunerados materiais e medicamentos para os exames em questão quando realizados em consultórios ou clínicas.

EQUIPO 4 VIAS: Não há pertinência técnica para uso de equipo quatro vias em procedimentos histeroscópicos. Sendo passível a cobrança de equipo duas vias

TAXA DE SALA PARA AUDIOMETRIA, IMPEDANCIOMETRIA E EXAMES ELETROFISIOLÓGICOS: Não será remunerada taxa de sala para serviços auxiliares.

CURATIVO REALIZADO AO FINAL DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Não serão remunerados honorários médicos para curativo(s) realizado(s) ao término da cirurgia.

REVELAÇÃO E FILME PARA RETINOGRAFIA CONVENCIONAL: Não é pertinente a cobrança da taxa de sala ou materiais e medicamentos para o exame de retinografia. Para a Retinografia Monocular somente será remunerado o valor do exame

SERINGA DE BOMBA INJETORA PARA CONTRASTE: Cabe o pagamento de forma fracionada, conforme protocolo apresentado: 1/10 do valor, independente da rotulagem do produto. Para prestadores que utilizam KIT para bombas injetoras, deverá ser remunerado 1/3 do valor, independente da rotulagem do produto

TAXA DE SALA PARA EXAMES DE IMAGEM: Não existe taxa para os exames de imagem mesmo quando houver necessidade de radiofármaco ou contraste, com exceção dos exames de radiologia intervencionista.

TROCATER NAS CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS: Para as cirurgias videolaparoscopias devem ser liberado um trocater descartável e entende-se que os demais trocateres utilizados deverão ser permanentes.

PARA ACESSO VENOSO EM PRONTO SOCORRO E AMBULATORIO: Remunerar o fixador estéril (ex.: IV Fix) não transparente para cobertura de acesso venoso em qualquer tipo de acomodação uma vez que atende à normativa ANVISA (2017).

FILME TRANSPARENTE PARA ACESSO VENOSO: INDICAÇÃO: • Deve ser remunerado nas situações abaixo:

1) Internações

2) Ambulatório: paciente com cateter central parcialmente ou totalmente implantado.

3) Paciente Criança (a idade terá como base o que está descrito no estatuto da criança e adolescente, LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências . Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade

EQUIPO PARA MEDICAÇÃO INTERMITENTE: Deve ser pago um equipo a cada 24 horas por medicação.

ATADURA DE CREPE/ALGODÃO ORTOPÉDICO: exclusivamente para realização de curativos, aquecimento de membros na insuficiência vascular, imobilizações ortopédicas e terapias compressivas.

PRODUTOS DE BARREIRA PROTETOR DE PELE: Produtos de barreira de proteção de pele, de diferentes marcas, com a mesma indicação, serão remunerados para atender a RN 465. Para pacientes em internação hospitalar e atendimento ambulatorial o uso será conforme indicação em bula, em tratamento de lesões e bordas de feridas.

NORIPURUM AMBULATORIAL: Em virtude da não cobertura confirmada pela ANS via parecer, a cobrança sem autorização prévia do FASERV

PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA EM PROCEDIMENTOS:

VIDEOARTROSCÓPICOS DE QUADRIL, JOELHO E OMBRO: A ponteira será liberada: • Nas cirurgias artroscópicas de quadril e ombro. • Nas cirurgias artroscópicas de joelho somente quando existir o diagnóstico de sinovite nodular comprovado por exame de imagem.

REGRAMENTO PARA EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO OU BOMBA DE SERINGA:

O protocolo de medicações e terapias em bomba infusora ou bomba de seringa será remunerado na administração de: • Drogas vasoativas • Insulina em infusão contínua • Sedação em infusão contínua • Heparina em infusão contínua • Furosemida em infusão contínua • Bloqueadores neuromusculares em infusão contínua • Antitrombóticos • Anestésicos em infusão contínua • Imunoglobulinas • Ocitocinas • Anticonvulsivantes (Fenitoína e Midazolam) • Sulfato de magnésio nos casos de eclampsia e pré-eclâmpsia • Controle rigoroso de volume para pacientes nos seguintes casos: Pacientes: idosos, Patologias: cardiopatias e insuficiência renal, excluindo a utilização de antibiótico • Antibioticoterapia: somente na administração de polimixina B • Antifúngico: somente na administração de anfotericina Observação: mantida a regra: não é pertinente o pagamento de taxa de uso/utilização de bomba infusora • Dietas: nutrição parenteral e nutrição enteral (sistema fechado). Para este critério, a utilização em bomba de seringa somente está prevista para os casos de neonatologia e pediatria. • Soroterapia ou solução com eletrólitos: Remunerar soro com eletrólitos somente para correção/ reposição de eletrólitos • Corticoides: administração de corticoides em infusão por bomba infusora somente nos casos de • Pulsoterapia • Neonatologia em qualquer acomodação. • Pediatria em UTI

LUVA DE PROTEÇÃO LTVA: CAPA PARA VÍDEO CIRURGIA: A capa de vídeo cirurgia/luva de proteção (LTVA) está inclusa na taxa de vídeo/equipamento NÃO podendo ser cobrada separadamente

AGULHA DE RAQUI PARA BLOQUEIOS: Não cabe cobrança de agulha/cânula especial para nenhum tipo de bloqueio. A exceção é apenas para os procedimentos de Bloqueios de Plexo.

REMUNERAÇÃO DE ENDOSCOPIAS E COLONOSCOPIAS: Serão pagos conforme pacote

POLIPLECTOMIA DE CÓLON: Taxa de sala de recuperação anestésica será paga nos procedimentos autorizados e para realização de Polipectomia de Cólon e Esôfago em paciente internado: A cobrança de diária para a realização dos procedimentos por um prestador hospital/hospital dia, será uma exceção de acordo com a autorização clínica

PROTOCOLO DE TROCA DE DISPOSITIVOS PARA (troca de dispositivos baseado no Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa, 2017).

Recomendações gerais

- Os produtos utilizados devem necessariamente ter registro na Anvisa
- Nas referências desta tabela, ocorrem variáveis nos tempos médios de troca de alguns dispositivos.

Para fins de normatização, optamos por adotar o Manual da Anvisa 2017

- Nos casos de troca de dispositivos em períodos diferentes aos aqui estabelecidos, devido às divergências entre protocolos institucionais, prevalecerá o manual da Anvisa
- Na ocorrência de evento adverso (EA) ou queixas técnicas envolvendo a utilização dos produtos para saúde, o estabelecimento de saúde deve notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e o fabricante do produto
- As notificações podem ser feitas diretamente ao órgão de vigilância sanitária municipal, estadual ou do Distrito Federal, ou acessando o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária - Notivisa, por meio do portal da Anvisa – www.anvisa.gov.br

Material Período médio de troca adulto Período médio de troca neonatologia e pediatria

Observação Cateter venoso periférico 96 horas (verificar observações referente a boas práticas em pediatria e neonatologia) Para pacientes neonatais e pediátricos, não trocar o cateter rotineiramente. Porém, é imprescindível que os serviços garantam as boas práticas recomendadas neste documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril (Anvisa, 2017) Substituir o cateter imediatamente em casos de sinais de flebite ou obstruções do cateter Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento

Cateter arterial periférico não há recomendação de troca programada de forma geral

Cateter venoso central (independente da forma de inserção) Não há recomendação de troca pré-programada retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução dos cateteres centrais (Anvisa, 2017)

-PICC Não há indicação de troca pré-programada retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução

Cateter de Tenkoff Não há recomendação trocar quando sinais de peritonite, obstrução ou mau funcionamento

Cateter umbilical arterial retirar em até 5 dias remover cateteres umbilicais quando não forem mais necessários ou se ocorrer uma complicação (Anvisa, 2017)

Cateter Umbilical Venoso Não se aplica 7 a no máximo 14 dias remover cateteres umbilicais quando não forem mais necessários ou se ocorrer uma complicação (Anvisa, 2017)

Agulha com ponta de Huber (Surecan) A cada punção A cada punção para as limpezas de cateter e nas quimioterapias ambulatoriais sistêmicas até 2 dias

Cateter de longa permanência implantável (port-acath) não há indicação de troca pré-programada retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução

Cateter de longa permanência semi- implantável não há indicação de troca pré-programada retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução

Equipo para infusão intermitente trocar equipos de administração intermitente a cada 24 horas (Anvisa, 2017) 1 equipo a cada 24 horas por medicação administrada
Equipo para infusão contínua Comum (Macrogotas/ Microgotas) 96 horas infusão contínua

Equipos de infusão contínua não devem ser trocados em intervalos inferiores a 96 horas
Equipo para infusão continua comum (Macrogotas/ Microgotas) (Drogas lipídicas) 12 HORAS (infusão lipídicas) 12 horas trocar o equipo e dispositivo complementar de infusões lipídicas a cada 12 horas (Anvisa, 2017)

Equipo para bomba de infusão 96 horas – medicamento de uso contínuo 24 horas – soluções lipídicas 96 horas – medicamento de uso contínuo 24 horas – soluções lipídicas 24 horas no caso de administração de soluções

Torneirinha de 3 vias 96 horas Internação: a torneirinha sistema aberto, sistema fechado simples ou valvulado, devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais) a cada 96 horas.

Pronto Socorro/Ambulatorial: será remunerada sistema fechado simples ou valvulado.

Os equipos e dispositivos complementares devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais) a cada 96 horas Internação:

O Conector sistema fechado simples ou valvulado deve ser trocado sempre nas trocas dos cateteres venosos (periféricos ou centrais) a cada 96 horas. A quantidade para remuneração deve respeitar o número de vias dos dispositivos utilizados no(s) acesso(s). Remuneração somente para clientes internados. Pronto-Socorro/Ambulatorial: não será remunerado. A exceção (sistema fechado simples ou valvulado) será para pacientes com acesso venoso central e cateter totalmente implantado.

Transdutor de pressão 96 horas aparato de fluxo contínuo e derivados devem ser trocados juntamente com os transdutores trocar transdutores a cada 96 horas, juntamente com seus acessórios e soluções para flush (Anvisa, 2017)

Coletor de urina externo (Uropen) 24 horas

Bolsa de colostomia com e sem placa (não descartável) 7 dias trocar em caso de hiperemia local, secreção no sítio ou vazamento

Tubo orotraqueal não há recomendação de troca pré-programada quando ocorrer obstrução ou mau funcionamento

Cânula de traqueostomia descartável não há recomendação de troca pré-programada Conforme Prescrição Médica (CPM)

Cateter peridural não há recomendação de troca pré-programada

Sonda enteral não há recomendação de troca pré-programada quando ocorrer obstrução ou mau funcionamento

Sonda Folley Não há recomendação de troca pré-programada quando ocorrer obstrução ou mau funcionamento

Neonatologia e pediatria Observação Bolsa coletora de urina sistema fechado não há recomendação de troca pré-programada em caso de obstrução ou sujidade

Equipo multivias (Polifix) 96 horas: O equipo multivias sistema aberto, sistema fechado simples ou valvulado, devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais) a cada 96 horas.

Equipo perfusor set/ Extensofix Medicamentos de uso contínuo: 96 horas.
Medicamentos intermitentes: a troca será a cada 24 horas

Remuneração de 1 perfusor set e/ou extensofix para cada seringa perfusora utilizada nos medicamentos intermitentes.

Equipo para nutrição enteral 1 equipo a cada 24 horas 1 equipo de dieta enteral para sistema aberto e fechado por dia de internação hospitalar (troca a cada 24 horas)

Equipo para água – dieta enteral sistema aberto 1 equipo a cada 24 horas 1 equipo de água para sistema aberto (em dieta enteral) por dia de internação hospitalar (troca a cada 24 horas) Equipo para nutrição parenteral A cada bolsa A cada bolsa trocar o equipo e dispositivo complementar de nutrição parenteral a cada bolsa (Anvisa, 2017)

Seringa perfusora para dieta não se remunera

Seringa perfusora para medicamentos Medicamentos de uso contínuo: 96 horas.
Medicamentos intermitentes: a troca será a cada 24 horas. Decisão válida, especificamente, para seringas perfusoras, caso seja utilizadas seringas comuns, mesmo que adaptadas em bomba de seringa, será remunerada 1 unidade a cada etapa da medicação

Cateter nasal 1 por internação Troca somente mediante justificativa

Frasco para dieta – sistema aberto 1 frasco por dieta oferecida Frasco para água – sistema aberto 1 frasco ao dia

Protetor ocular em fototerapia 1 por internação em casos de fototerapia.

PARECER TÉCNICO – REMUNERAÇÃO DE MÚLTIPLOS EXAMES DE TOMOGRAFIA e RESSONÂNCIA

Referência: **CBHPM 2016** e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

1. Fundamentação Técnica

A CBHPM 2016 estabelece, em suas instruções gerais, o princípio da hierarquização dos procedimentos realizados no mesmo ato, determinando que: o procedimento

principal seja remunerado integralmente (100%); os procedimentos subsequentes sejam remunerados com redução proporcional, prática consolidada de 70%.

Embora não haja previsão específica para tomografia computadorizada e ressonância, a diretriz é aplicável por analogia aos exames diagnósticos por imagem, conforme prática consolidada na saúde suplementar. Exames realizadas no mesmo ato com redução de UCO (100% no primeiro e 70% no segundo) está nas **Instruções Gerais do Capítulo IV (SADT) da [CBHPM 2016](#)**, sob a regra de **procedimentos múltiplos/seriados na mesma ocasião**.

Mesmo Ato Teclado/Sessão: Quando realizados exames simultâneos no mesmo paciente, o custo de depreciação de salas e recepção é compartilhado.

- **Incidência sobre a UCO:** A redução de 30% (pagamento a 70%) é aplicada **estritamente sobre a Unidade de Custo Operacional (UCO)** do exame de menor valor.

2. Caracterização do Ato Assistencial

Os exames de Tomografia e Ressonância, quando realizados na mesma sessão, configuram ato único assistencial com múltiplos procedimentos sob as mesmas condições operacionais. Havendo, portanto, compartilhamento de estrutura técnica e logística.

3. Aspectos Operacionais (UCO)

A Unidade de Custo Operacional (UCO) compreende elementos compartilháveis, tais como:

Equipamento de tomografia e ressonância equipe técnica envolvida utilização de sala e infraestrutura. A realização de exames sequenciais na mesma sessão promove racionalização dos custos operacionais, justificando a aplicação de redução no exame subsequente, inclusive sobre a UCO.

4. Alinhamento Regulatório

A Agência Nacional de Saúde Suplementar reconhece a CBHPM como referência técnica para organização e remuneração de procedimentos, permitindo a adoção de critérios: tecnicamente fundamentados amplamente aceitos nos mercados compatíveis com o equilíbrio econômico-assistencial. Não havendo vedação normativa quanto à aplicação de redutores em procedimentos realizados no mesmo ato.

Diante do exposto, no âmbito do FASERV, conclui-se que:

- É tecnicamente adequado
- Está alinhado à CBHPM 2016

E em conformidade com práticas reconhecidas pela ANS a adoção do seguinte critério de remuneração: 1º exame (principal): 100% da UCO, 2º exame (subsequente): 70% da UCO quando realizados no mesmo ato assistencial.

MANUAL DE AUDITORIA TÉCNICA FASERV - CHAM 2026 pdf

Código do documento ca4779d7-1173-48b4-a60c-2af916461dcb



Assinaturas



Felipe Silvério Guimarães Xavier
felipe.sgx@outlook.com
Assinou

Felipe Silvério Guimarães Xavier



Elizaine Aparecida Guimaraes Bicalho
elizaine.bicalho@unimg.edu.br
Assinou



VICTOR CAIXETA SANTOS
victorcaixeta22@hotmail.com
Assinou



Danielle Braga dos Reis
dbragareis@gmail.com
Assinou

Danielle Braga dos Reis

Eventos do documento

10 Aug 2026, 08:09:44

Documento ca4779d7-1173-48b4-a60c-2af916461dcb **criado** por GERÊNCIA DE COMPRAS - PREFEITURA (0a111dde-fc1a-43df-8d0a-44bcc74bf314). Email:compras@patosdeminas.mg.gov.br. - DATE_ATOM: 2026-08-10T08:09:44-03:00

10 Aug 2026, 08:10:07

Assinaturas **iniciadas** por GERÊNCIA DE COMPRAS - PREFEITURA (0a111dde-fc1a-43df-8d0a-44bcc74bf314). Email:compras@patosdeminas.mg.gov.br. - DATE_ATOM: 2026-08-10T08:10:07-03:00

10 Aug 2026, 08:12:23

GERÊNCIA DE COMPRAS - PREFEITURA (0a111dde-fc1a-43df-8d0a-44bcc74bf314). Email:compras@patosdeminas.mg.gov.br. **ADICIONOU** o signatário **elizaine.bicalho@unimg.edu.br** - DATE_ATOM: 2026-08-10T08:12:23-03:00

10 Aug 2026, 08:14:08

GERÊNCIA DE COMPRAS - PREFEITURA (0a111dde-fc1a-43df-8d0a-44bcc74bf314). Email:compras@patosdeminas.mg.gov.br. **ADICIONOU** o signatário **victorcaixeta22@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2026-08-10T08:14:08-03:00

10 Aug 2026, 08:14:29

GERÊNCIA DE COMPRAS - PREFEITURA (0a111dde-fc1a-43df-8d0a-44bcc74bf314). Email:
compras@patosdeminas.mg.gov.br. **ADICIONOU** o signatário **dbragareis@gmail.com** - DATE_ATOM:
2026-08-10T08:14:29-03:00

10 Aug 2026, 08:53:03

FELIPE SILVÉRIO GUIMARÃES XAVIER **Assinou** - Email: felipe.sgx@outlook.com - IP: 152.255.123.101
(152-255-123-101.user.vivozap.com.br porta: 2278) - Documento de identificação informado: 113.866.046-90 -
DATE_ATOM: 2026-08-10T08:53:03-03:00

10 Aug 2026, 09:24:22

DANIELLE BRAGA DOS REIS **Assinou** - Email: dbragareis@gmail.com - IP: 191.7.8.174 (191-7-8-174.zz-
dynamic.onnettelecom.com.br porta: 32836) - Documento de identificação informado: 012.514.726-05 -
DATE_ATOM: 2026-08-10T09:24:22-03:00

10 Aug 2026, 09:53:15

VICTOR CAIXETA SANTOS **Assinou** - Email: victorcaixeta22@hotmail.com - IP: 189.15.126.197
(189-015-126-197.xd-dynamic.algarnetsuper.com.br porta: 46312) - Documento de identificação informado:
081.002.566-32 - DATE_ATOM: 2026-08-10T09:53:15-03:00

10 Aug 2026, 10:46:32

ELIZAINÉ APARECIDA GUIMARAES BICALHO **Assinou** (f424c2b3-44dc-4f74-9600-aff42faf6ea7) - Email:
elizaine.bicalho@unimg.edu.br - IP: 138.0.64.183 (138-0-64-183-cgnat.onnettelecom.com.br porta: 64854) -
Documento de identificação informado: 004.241.146-74 - DATE_ATOM: 2026-08-10T10:46:32-03:00

Hash do documento original

(SHA256):699279e50fbc906f65d607b2796e79e1193a6ac44153735cf07436422d5e41a8
(SHA512):72cc186a264a9435d188f0250fc2c95bc97d7e0d2c40ab6def548bf9f97554eeab6daa16c389a63a4845d76793b38580e3e65dfdd5cf47becf2df788cbc262da

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign****Integridade certificada no padrão ICP-BRASIL**Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme **MP 2.200-2/2001** e **Lei 14.063/2020**.