

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO

ÁREA DE JURISDIÇÃO DA CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO (OMFM)

1 - O presente anexo estabelece a área de jurisdição do Capitania dos Portos de São Paulo, para efeito de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) e Odontológica (AO), aos usuários do SSM.

2 - Estão relacionadas, abaixo, as cidades pertencentes à referida jurisdição, independente da OMFM (Organização Militar com Facilidades Médicas) a que estiverem vinculadas.

Aguaí, Aguanil, Aiuruoca, Alagoa, Alambari, Albertina,, Alfenas, Alterosa, Altinópolis, Alumínio, Apiaí, Analândia, Andradas, Araçariçuama ,Arceburgo, Arcos, Areado,
Bambuí, Bandeira Do Sul Barra Bonita, Barra Do Chapéu, Barra Do Turvo, Bertiooga, Boa Esperança, Bom Jesus da Penha, Bom Jesus dos Perdões, Bom Repouso, Bom Sucesso, Bom Sucesso de Itararé, Borda da Mata, Botelhos, Brasópolis, Bueno Brandão,
Cabo Verde, Cabreúva, Cachoeira de Minas, Caconde, Cajati, Caldas, Camacho, Camanducaia, Campanha, Campestre, Campina do Monte Alegre, Campo Belo, Campo Limpo Paulista, Campo do Meio, Campos Gerais, Cana Verde, Cananéia, Capão Bonito, Capela do Alto, Capetinga, Capitólio, Capivari, Careaçú, Carmo da Cachoeira, Carmo da Mata, Carmo de Minas, Carmo do Rio Claro, Carmópolis de Minas, Carrancas, Carvalhópolis, Cássia, Cássia dos Coqueiros, Cerquilha, Cesário Lange, Claraval, Cláudio, Conceição da Aparecida, Conceição das Pedras, Conceição do Rio Verde, Conceição dos Ouros, Conchal, Congonhal, Consolação, Coqueiral, Cordislândia, Córrego do Bom Jesus, Córrego Fundo, Corumbataí, Cosmópolis, Cristais, Cristina, Cruzília, Cubatão,
Delfim Moreira, Delfinópolis, Descalvado, Divinolândia, Divisa Nova, Dom Viçoso, Doresópolis,
Eldorado, Elias Fausto, Engenheiro Coelho, Espírito do Dourado, Estiva, Estiva Gerbi, Extrema,
Fama, Formiga, Fortaleza de Minas Francisco Morato,
Gonçalves, Guapé, Guapiara, Guaranézia, Guareí, Guarujá,
Heliadora, Holambra, Hortolândia,
Ibiraci, Ibitiúra de Minas, Ibituruna, Iguape, Iguatama, Ijaci, Ilha Comprida, Ilcínea, Inconfidentes, Ingai, Ipuiúna, Itamigi, Itanhaém, Itaóca, Itapeçerica, Itapeva, Itapevi, Itapirapuã Paulista, Itaquaquecetuba, Itararé, Itariri, Itaú de Minas, Itaúna, Itirapuã, Itobi, Itumirim, Itupeva, Itutinga,
Jacuí, Jacupiranga, Jacutinga, Jandira, Japaraíba, Jarinu, Jesuânia, Jumirim, Juquiá, Juruiaia,
Lagoa da Prata, Laranjal Paulista, Leme, Lindóia, Liminárias,
Machado, Mairiporã, Maria da Fé, Marmelópolis, Minduri, Miracatú, Mococa, Mombuca, Mongagua, Monsenhor Paulo, Monte Alegre do Sul, Monte Belo, Monte Mor, Monte Sião, Munhoz,
Natércia, Nazaeno, Nepomuceno, Nova Campina, Nova Odessa, Nova Resende,
Olímpio Noronha, Oliveira, Ouro Fino,
Pains, Paraguaçu, Passa Quatro, Passos, Patrocínio Paulista, Paulistânia, Pedra Bela, Pedra do Indaiá Pedralva, Pedreira, Pedro de Toledo, Perdões, Pereiras, Periquera-Açu, Peruíbe, Piedade, Pilar do Sul, Pimenta, Pinhalzinho, Piranguaçu, Piranguinho, Pirapora do Bom Jesus, Piumhi, Poço Fundo, Poços de Caldas, Porto Feliz, Potim, Pouso Alegre, Pouso Alto, Praia Grande, Pratápolis,
Qadra,
Rafard, Registro, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Ribeirão Vermelho, Riversul,
Sabino, Saltinho, Santa Cruz da Conceição, Santa Cruz da Esperança, Santa Cruz das Palmeiras, Santa Rita de Caldas, Santa Rosa de Viterbo, Santana da Virgem, Santana de Parnaíba, Santana do Jacaré, Santo Antônio da Alegria, Santo Antônio de Posse, Santo Antonio do Amparo, Santo Antônio do Jardim, Santo Antônio do Monte, Santos*, São Bento Abade, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Sapucaí, São João Batista da Glória, São João da Mata, São José da Barra, São José do Alegre, São Lourenço da Serra, São Pedro da União, São Roque de Minas, São Sebastião da Bela Vista, São Sebastião da Gramma, São Sebastião do Oeste, São Sebastião do Rio Verde, São Tomé das Letras, São Tomás de Aquino, São Vicente, Sapucaí-Mirim, Senador Amaral, Senador José Bento, Seritinga, Serra Azul, Serrania, Silvianópolis, Sete Barras, Socorro, Soledade De Minas,
Tambaú, Tapiraí, Tapiratiba, Taquarivaí, Tietê, Tocos Deo Mogi, Toledo, Três Pontas, Tuiuti, Turvolândia, Urânia,
Vargem Bonita, Vargem Grande do Sul, Vargem Grande Paulista, Várzea Paulista, Virgínia,
Wenceslau Braz.

* Extraído do Anexo B da DGPM 401 (3°Rev.).

**MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO**

1- RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES/ÁREAS DE ATUAÇÃO MÉDICA COM NECESSIDADES DE COMPLEMENTAÇÃO (INSUFICIENTES) OU SUPLEMENTAÇÃO (NÃO EXISTENTES) NA ÁREA DA CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO.

Para todas as especialidades e áreas de atuação médica necessária, serão credenciados serviços tanto para atendimento ambulatorial (consultas e exames) quanto atendimento hospitalar (internações, procedimentos cirúrgicos e exames).

ESPECIALIDADES /ÁREAS DE ATUAÇÃO MÉDICAS		
ALERGIA E IMUNOLOGIA	ANESTESIOLOGIA	ANGIOLOGIA
CANCEROLOGIA	CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR
CIRURGIA DE MÃO	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
CIRURGIA GERAL	CIRURGIA PEDIÁTRICA	CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA TORÁCICA	CIRURGIA VASCULAR	CLÍNICA MÉDICA
COLOPROCTOLOGIA	DERMATOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
ENDOSCOPIA	FISIATRIA	GASTROENTEROLOGIA
GENÉTICA MÉDICA	GERIATRIA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
HEPATOLOGIA	HOMEOPATIA	HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
INFECTOLOGIA	MASTOLOGIA	MEDICINA HIPERBÁRICA
MEDICINA ESPORTIVA	MEDICINA INTENSIVA	MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
MEDICINA NUCLEAR	NEFROLOGIA	NEONATOLOGIA
NEUROCIRURGIA	NEUROLOGIA	NUTROLOGIA
OFTALMOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PATOLOGIA	PEDIATRIA E HERBIATRIA	PATOLOGIA CLIN./MED.LABORATORIAL
PNEUMOLOGIA	PSIQUIATRIA	RADIOLOGIA E DIAG POR IMAGEM
RADIOTERAPIA	REUMATOLOGIA	UROLOGIA

2- RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES DA ÁREA DA SAÚDE COM NECESSIDADES DE COMPLEMENTAÇÃO (INSUFICIENTES) OU SUPLEMENTAÇÃO (NÃO EXISTENTES) NA ÁREA DA CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO.

Para todas as especialidades necessárias, serão credenciados serviços tanto para atendimento ambulatorial (consultas e exames) quanto atendimento hospitalar (internações, procedimentos cirúrgicos e exames).

ESPECIALIDADES		
FISIOTERAPIA	FONOAUDIOLOGIA	NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
PSICOPEDAGOGIA	PSICOLOGIA	TERAPIA OCUPACIONAL

3- RELAÇÃO DE SERVIÇOS COM NECESSIDADES DE COMPLEMENTAÇÃO (INSUFICIENTES) OU SUPLEMENTAÇÃO (NÃO EXISTENTES) NA ÁREA DA CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO.

SERVIÇOS		
CENTRO OBSTÉTRICO	CENTRO CIRURGICO	CLÍNICA MÉDICA
HEMODINÂMICA	HEMODIÁLISE	HEMOCENTRO / HEMONÚCLEO
MATERNIDADE	PRONTO-ATENDIMENTO	PRONTO-SOCORRO
PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	UTI PEDIÁTRICA
TRANSP. (REMOÇÃO HOSPIT.)	UTI NEONATAL	UN. DE INTERNAÇÃO (ENF. / APTO)
UNIDADE ATEND. QUEIMADOS		

4- RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E EXAMES COM NECESSIDADES DE COMPLEMENTAÇÃO (INSUFICIENTES) OU SUPLEMENTAÇÃO (NÃO EXISTENTES) NA ÁREA DA CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO.

Para todos os procedimentos e exames necessários, serão credenciados serviços tanto para atuação ambulatorial quanto hospitalar.

PROCEDIMENTOS / EXAMES		
ANÁLISES CLÍNICAS	ANATOMOPATOLÓGICO	ANGIOGRAFIA DIGITAL
ANGIOGRAFIAS A/V/LINFÁTICA	AUDIOMETRIA	CATETERISMO
CAUTERIZAÇÃO	CINTILOGRAFIA	COBALTOTERAPIA
COLONOSCOPIA	CORONARIOGRAFIA	DENSITOMETRIA ÓSSEA
ELETROCARDIOGRAFIA	ELETRONEUROMIOGRAFIA	ELETROCOCLEOGRAFIA
ELETROENCEFALOGRAFIA	ENDOSCOPIA	FLUORESCINOGRAMA
FONOCARDIOGRAMA	HISTOPATOLOGIA	HOLTER 24H
MAPA (MONITORIZAÇÃO)	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR	QUIMIOTERAPIA
RADIOLOGIA DIAGNÓSTICA	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	RADIOTERAPIA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	TESTE ALÉRGOLÓGICOS	TESTE ORTÓPTICOS
TESTE URODINÂMICO	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA	ULTRASSONOGRAMAS
XENORADIOGRAFIA		

FRANCISCO CALIJURI NETO
Capitão de Mar e Guerra (RM1-CD)
Presidente da Comissão Especial de Credenciamento

**MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO**

RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COM NECESSIDADE DE COMPLEMENTAÇÃO (INSUFICIENTES) OU SUPLEMENTAÇÃO (NÃO EXISTENTES) NA ÁREA DE JURISDIÇÃO DA CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO.

Para todas as especialidades relacionadas, serão credenciados serviços para realização de consultas, procedimentos odontológicos, cirurgias e atendimento diurno de Urgências/Emergências.

ESPECIALIDADE
Clínica Geral
Cirurgia
Dentística
Endodontia
Odontopediatria
Periodontia
Prevenção
Prótese
Radiologia

Observação: Devendo a credenciada cumprir as Normas estabelecidas no Capítulo 21, da DGPM 401 (3ª Rev) para Assistência Odontológica

ISABELLA CRUZ CAVALCANTE
Guarda-Marinha (RM2-CD)
Encarregada da Seção de Odontologia

MARINHA DO BRASIL
GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO

N° 8931020150954	Data de emissão	N° Guia Origem
----------------------------	-----------------	----------------

Dados do usuário

Nome			NIP
N° Identificação do Militar	Data de validade AMH	Telefone fixo	Telefone celular

Dados do responsável pelo paciente

Nome		NIP	Telefone
------	--	-----	----------

Informações gerais

Cód. CID Principal	Descrição do CID
--------------------	------------------

Dados Clínicos

Dados do credenciado

CNPJ/CPF	Nome do credenciado
----------	---------------------

Logradouro	Número
------------	--------

Complemento

Bairro	Município	UF	CEP
--------	-----------	----	-----

Nome do médico responsável pelo Paciente	Conselho Profissional	N° do Conselho	UF
--	-----------------------	----------------	----

Motivo do Encaminhamento

Tipo	Especialidade	Exame/Procedimento
------	---------------	--------------------

Observação: **ANEXO A ESTA GUIA , DEVERÁ CONSTAR A SOLICITAÇÃO ORIGINAL DO MÉDICO SOLICITANTE**

OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador CPSP ____/____/____ Nome do(a) responsável pela confecção da Guia	Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO ____/____/____
Data/ Assinatura do Usuário ou responsável ____/____/____ Grau de Parentesco: _____	Autorizo a entrega de cópia do meu prontuário, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fim de Auditoria () Sim () Não
Identidade: _____ Data/Assinatura do Usuário ou responsável PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	Data/Assinatura do Usuário ou responsável PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

OBS: ESTA GUIA DE APRESENTAÇÃO TERÁ VALIDADE DE 30 DIAS A PARTIR DA DATA DA EMISSÃO

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
DIVISÃO DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM OSE.

() ASSISTÊNCIA MÉDICA () ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

<p>Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência de saúde imediata.</p>	<p>CARIMBO DA CREDENCIADA</p>
<p>Paciente: _____, NIP: _____ Titular: _____, NIP: _____ Endereço: _____ Bairro: _____, N°/Compl. _____, Tel/Cel: () _____</p> <p>DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ Horário da Chegada: _____ Hs. Horário da Alta: _____ Hs.</p> <p>CÓDIGO DO CID: _____ (obrigatório). CÓDIGO DO PROCEDIMENTO (Tabela VRPO): _____ (obrigatório).</p> <p>CARACTERIZOU O ATENDIMENTO ACIMA COMO URGÊNCIA ? () SIM () NÃO.</p>	
<p>_____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</p>	<p>_____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</p>

Esta guia, sem rasuras, é somente válida para os procedimentos acima discriminados.
Declaro estar ciente que indenizarei a MB, e autorizo o devido desconto em Bilhete de Pagamento (BP), nos percentuais vigentes.

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS ABAIXO

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
DIVISÃO DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM OSE.

<p>Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência de saúde imediata.</p>	<p>CARIMBO DA CREDENCIADA</p>
<p>Paciente: _____, NIP: _____</p> <p>Titular: _____, NIP: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Bairro: _____, N°/Compl. _____, Tel/Cel: () _____</p> <p>DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____</p> <p>Horário da Chegada: _____ Hs.</p> <p>Horário da Alta: _____ Hs.</p> <p>CÓDIGO DO <u>CID</u>: _____ (obrigatório).</p> <p>CARACTERIZOU O ATENDIMENTO ACIMA COMO EMERGÊNCIA ? () SIM () NÃO.</p> <p>_____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</p> <p>_____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</p> <p>Esta guia, sem rasuras, é somente válida para os procedimentos acima discriminados. Declaro estar ciente que indenizarei a MB, e autorizo o devido desconto em Bilhete de Pagamento (BP), nos percentuais vigentes.</p>	

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS ABAIXO

**MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Telefone: (13) 3224-9900 ou enfermagem@csp.mar.mil.br

Nome do Paciente:	
Nome do Titular :	
Posto/Grad.:	NIP do Titular:
Data da Internação: _____/_____/_____	Previsão da Internação: dias
Quarto: Leito:	Horário da Internação: horas
CID (legível):	Idade : anos
RELATÓRIO INICIAL DE INTERNAÇÃO:	
<p align="center">CARIMBO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR</p> <p align="center">preenchimento obrigatório</p>	<p align="center">_____</p> <p align="center">Assinatura e carimbo do médico (LEGÍVEL)</p> <p align="center">preenchimento obrigatório</p>
<p align="center">FAX (retorno): _____</p> <p align="center">preenchimento obrigatório</p>	<p align="center">A/C _____</p> <p align="center">preenchimento obrigatório</p>

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Telefone: (13) 3224-9900 ou enfermagem@csp.mar.mil.br

Paciente: _____

Ala: _____ Leito: _____ Box: _____	Data da Internação _____/_____/_____	Dias solicitados: () _____
------------------------------------	---	--------------------------------

JUSTIFICATIVA CONSUBSTANCIADA:	
CARIMBO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR preenchimento obrigatório	_____ Assinatura e carimbo do médico (LEGÍVEL) preenchimento obrigatório
FAX (retorno): _____ preenchimento obrigatório	A/C _____ preenchimento obrigatório

OBS: Não serão indenizadas as prorrogações que não tenham sido solicitadas com 24 horas de antecedência do vencimento da anterior

**MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO**

GUIA DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO USUÁRIO

Guia de origem	Guia de Prorrogação	Data da Internação	Etapa / Período da Prorrogação () à	Total de Prorrogações dias
Dados do usuário				
Nome			NIP	
Data da validade do AMH		Telefone fixo	Celular	
Dados do responsável pelo paciente				
Nome			NIP	
Informações Gerais				
CID Principal		Descrição do CID	Clínica	
Justificativa:				
Dados do Credenciado				
Nome da Credenciada				
Logradouro			n°	
Complemento				
Bairro		Município	CEP	
Dados do Médico responsável pelo paciente				
Nome:		Conselho profissional: CRM/SP	CRM/SP n°	
Acomodações				
Posto/Graduação		Tipo de acomodação:		
Solicitação: Exames / Procedimentos				
Cód. CBHPM		Descrição	SADT () PAC ()	
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO				
_____/_____/_____, Data	_____ Responsável pela Confecção da Guia		_____/_____/_____, Data	_____ Médico Auditor

- 1) As prorrogações ocorrerão mediante justificativa médica consubstanciada, devendo a credenciada solicitar **em até 24h**, antes do vencimento do período da prorrogação anterior;
- 2) A Unidade Hospitalar, deverá comunicar **em até 24h** à Divisão de Saúde da Capitania a transferência do paciente da acomodação entre Apartamento/Enfermaria/UTI e vice-versa;
- 3) A Fisioterapia Motora e Respiratória em UTI, serão liberadas até 3(três) sessões/dia, na UTI Neo-Natal 01 (uma) sessão/dia e na ENFERMARIA somente 1(uma) sessão/dia, desde que haja correspondente evolução no prontuário médico;
- 4) As terapias de Fonoaudiologia e Psicologia, serão liberadas somente 1(uma) sessão/dia, desde que haja evolução no prontuário médico;
- 5) Obriga-se o(a) Médico(a) Plantonista da Unidade de Terapia Intensiva, Semi-Intensiva ou UTI Neo-Natal, em emitir relatório consubstanciado a cada 10 (dez) dias da permanência do paciente nas unidades; e
- 6) A Credenciante não se responsabilizará por qualquer procedimento médico que não tenha sido previamente autorizado pela CPSP, exceto os casos de comprovada urgência.

**MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Telefone: (13) 3224-9900 ou enfermagem@csp.mar.mil.br

<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Psicologia		CARIMBO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	
PAC:			
CID:		Ala: _____ Quarto: _____ Leito: _____ UTI – Box nº _____	
QUADRO GERAL DO PAC.:			
TRATAMENTO PROPOSTO:			
DATA	TURNO	EVOLUÇÃO DO PACIENTE	ASS. TERAPEUTA
	<input type="checkbox"/> Manhã		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noite		
	<input type="checkbox"/> Manhã		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noite		
	<input type="checkbox"/> Manhã		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noite		
	<input type="checkbox"/> Manhã		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noite		
	<input type="checkbox"/> Manhã		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noite		

A Fisioterapia **Motora e Respiratória em UTI**, serão liberadas até 3(três) sessões/dia, e na **enfermaria** somente 1(uma) sessão/dia, desde que haja correspondente evolução no prontuário médico;

As terapias de Fonoaudiologia e Psicologia, serão liberadas somente 1(uma) sessão/dia, desde que haja evolução no prontuário médico.

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

TABELA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (TRH)

1 - DIÁRIAS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
1.1	Apartamento Privativo	560,43
1.2	Enfermaria	310,37
1.3	Berçário Normal	228,94
1.4	Berçário Patológico/Prematuro	351,30
1.5	Hospital-Dia (apartamento)	310,65
1.5.1	Hospital-Dia (enfermaria)	249,40
1.6	UTI Adulto Geral	1.283,85
1.7	UTI Infantil/Pediátrica	1.421,65
1.8	UTI Neonatal	1.228,53
1.9	Semi-Intensiva Neonatal	922,18
1.10	Isolamento (UTI Adulto)	1.498,32
1.11	Isolamento (UTI Infantil/Pediátrico/Neonatal)	1.557,12
1.12	Isolamento (apartamento)	630,75
1.13	Isolamento (enfermaria)	471,72

2 - TAXAS DE SALAS		
2.1 - CENTRO CIRURGICO		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
2.1.1	Pequena Cirurgia fora do Centro Cirúrgico (porte 0)	141,77
2.1.2	Pequena Cirurgia (porte anestésico 0)	255,13
	Pequena Cirurgia (porte anestésico 1)	305,88
2.1.3	Média Cirurgia (porte anestésico 2)	530,07
	Média Cirurgia (porte anestésico 3)	593,32
2.1.4	Grande Cirurgia (porte anestésico 4)	893,97
	Grande Cirurgia (porte anestésico 5)	978,22
2.1.5	Especial (porte anestésico 6)	1.194,18
	Especial (porte anestésico 7)	1.295,93
2.1.6	Porte Anestésico 8	1.661,30
2.1.7	Sala de Recuperação Pós-Anestésica (uso)	252,00
2.1.8	Sala de Admissão do RN / Sala de Pré Parto (uso)	304,22
2.1.9	Sala de Gesso e Imobilizações (procedimentos ortopédicos)	79,19

2.2. - OUTRAS TAXAS DE SALAS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
2.2.1	Endoscopia / Colonoscopia	115,64
2.2.2	Diálise Peritonial com cicladora automática à beira do leito	406,59
2.2.3	Hemodiálise/Exames Contrastados/Radiologia	238,09
2.2.4	Hemodiálise Convencional (até 04 hs) à beira do leito	581,08
2.2.5	Hemodinâmica	807,18
2.2.6	Hemodiafiltração ou SLEDD-f (até 12hs) à beira do leito	1.296,00
2.2.7	Retocolonoscopia	226,30
2.2.8	Emergência e/ou reanimação no Pronto-Socorro	120,65
2.2.9	Observação no Pronto-Socorro (até 6 horas)	120,34
2.2.10	Observação no Pronto Socorro (hora subsequente)	52,79
2.2.11	Observação isolamento no Pronto-Socorro (até 6 horas)	82,45
2.2.12	Observação isolamento no Pronto-Socorro (hora subsequente)	17,42
2.2.13	Radiologia intervencionista/angiografia	416,21
2.2.14	Sled (Sustained low Efficiency Dialysis), período de 06 hs à beira do leito	918,00
2.2.15	Quimioterapia	180,11

3. TAXAS DE SERVIÇOS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
3.1	Amnioscopia	44,06
3.2	Curativo Especial – material não incluso (*)	79,54
3.3	Curativo Ginecológico – material não incluso (*)	35,33
3.4	Diálise Peritoneal e CAPD, por sessão	170,54
3.5	Dilatação Ocular (dia)	11,68
3.6	Fibrosocopia para Intubação	151,79
3.7	Fita Reagente para Ph	37,36
3.8	Fita Reagente para Sangue	37,36
3.9	Fita Reagente para Urina	37,36
3.10	Flebotomia	155,75
3.11	Heparinização de Cateter	23,35
3.12	Intubação Orotraqueal/ Endotraqueal	43,40
3.13	Instalação PVC	18,68
3.14	Laqueadura de Cordão Umbilical	15,74
3.15	Lavagem de Ouvido/Ocular (*)	20,88
3.16	Manipulação de Quimioterapia (sessão)	74,81
3.17	Punção Cisterno Sub-Occipital	37,29
3.18	Punção e Aspiração Vesical	46,71
3.19	Punção Lombar para colheita de Líquor	46,80
3.20	Retirada de Imobilização Provisória	5,62
3.21	Retirada de Gesso	31,76
3.22	Retirada de Pontos (*)	29,83
3.23	Taxa de Tamponamento (preparo do corpo)	31,47

4. TAXAS DE EQUIPAMENTOS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
4.0	Angiografia digital (uso)	456,36
4.1	Aparelho de Ressecção Endoscópica (uso)	176,10
4.2	Aparelho de Rádio Frequência (uso)	259,50
4.3	Aparelho de Ultrassônica (por uso)	666,00
4.4	Aparelho para Manta Térmica (uso)	115,73
4.5	Aspirador cirúrgico (dia) (*)	39,12
4.6	Assistência Ventilatória a pressão ou a volume (dia)	285,13
4.7	Aspirador Sistema VAC	63,40
4.8	Arco Cirúrgico	336,95
4.9	Artroscópio	450,20
4.10	Balão Intra Aórtico (dia)	271,33
4.11	Berço Aquecido (uso)	81,37
4.12	Bisturi (elétrico, bipolar para microcirurgia) (uso)	96,89
4.13	Bisturi Ultrassônico (uso)	157,96
4.14	BIPAP/CPAP (dia)	83,04
4.15	Bomba Sucção Leite Materno (sessão)	5,84
4.16	Bomba de Infusão para dripping (unidade/dia)	109,91
4.17	Bomba de Sucção Contínua (hora)	7,65
4.18	Bomba de Sucção Contínua (dia)	97,19
4.19	Bomba PCA	100,76
4.20	Capacete Infantil (dia)	61,82
4.21	Campímetro (uso)	80,08
4.22	Capinógrafo Centro Cirúrgico (uso)	126,87
4.23	Capinógrafo UTI (dia)	169,16
4.24	Clinetron	96,41
4.25	Craneótomo/Trépano (dia)	228,99
4.26	Criocautério (uso)	38,44
4.27	Colchão caixa de ovos (por internação)	113,00
4.28	Colchão D'água ou Pneumático (dia)	30,65
4.29	Colchão Térmico (dia)	173,67
4.30	Colchão Termo-Regulável (dia)	140,11
4.31	Coledocoscópio ou Coledoscópio (uso)	350,28
4.32	Compressor Pneumático Intermitente de MMII (dia)	60,72
4.33	Dermatomo	261,18
4.34	Desfibrilador/Cardioversor (fora da UTI e Centro Cirúrgico) (uso/horários diferentes)	149,22
4.35	Diatermo/Coagulador	157,64
4.36	Endolaser / taxa	132,54
4.37	Equipamento para anestesia (PEQ, MED, GDE) por evento	191,30
4.38	Equipamento para Vídeo Cirurgia (vídeo laparoscópio cirúrgico)	543,55
4.39	Equipamento para Vídeo Diagnóstico	451,41
4.40	Equipamento para Vídeo Artroscópio cirúrgico com instrumental	477,17
4.41	Estimulador de Nervo (uso)	109,59
4.42	Estimulador Cardíaco (uso)	223,87

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
4.43	Expansor de pele (Skin Draft Mesher), (uso)	311,77
4.44	Fibra Ótica para Angioscopia	245,20
4.45	Flexível-Ureterorenoscópio (uso)	2.219,55
4.46	Fonte de Luz Endomed (uso)	37,71
4.47	Fonte de Luz Fria (uso)	43,68
4.48	Focoemulsificador	223,56
4.49	Fototerapia no Berçário (dia)	91,80
4.50	Garrote Pneumático (uso)	78,91
4.51	Gerador Ultrassônico (uso)	110,93
4.52	Gerador Radiofrequência (uso)	110,93
4.53	Halo-Craniano (dia)	28,33
4.54	Hidro-Dissector (uso)	20,02
4.55	Histeroscópio (uso)	516,23
4.56	Intensificador de Imagem - video - (uso)	214,28
4.57	Instalação de Tenda (uso)	27,60
4.58	Incubadora – Isolete (dia)	132,91
4.59	Laser COHERENT 100 watts (uso)	759,17
4.60	Laser Oftalmo (uso)	220,36
4.61	Laser Otorrino (uso)	372,46
4.62	Lipoaspirador	152,98
4.63	Lupa Cirúrgica/Fotóforo (uso)	39,66
4.64	Manta Térmica (dia)	96,77
4.65	Máquina para Hemodiálise (uso)	318,08
4.66	Marca passo temporário (instalação)	207,43
4.67	Marca passo temporário (por dia subsequente)	108,07
4.68	Mediastinoscópio (uso)	246,60
4.69	Microscópio Cirúrgico - microcirurgias - (uso)	213,27
4.70	Microscópio Especial Zeiss (uso)	192,65
4.71	Micro-Serra Reciprocante (uso)	350,56
4.72	Monitor Cardíaco – Centro Cirúrgico – (dia)	129,33
4.73	Monitor Cardíaco – na UTI - (dia)	124,76
4.74	Monitor de Temperatura (dia)	50,04
4.75	Monitor Fetal-Sala de Parto (dia)	124,85
4.76	Monitor para Função Pulmonar (dia)	39,53
4.77	Monitor para Cateter de Swan Ganz (débito cardíaco) (dia)	282,80
4.78	Monitor p/Pressão Intra Craniana – incluso transdutor de fibra ótica – (dia)	191,14
4.79	Monitor de Pressão Invasiva (PAM e PVC ON LINE) – (dia)	177,91
4.80	Monitor de Pressão Não Invasiva (dia)	142,97
4.81	Motor de Alta Rotação (uso)	102,02
4.82	Nefroscópio (uso)	412,16
4.83	Osteótomo Pneumático Microaire (uso)	418,00
4.84	Oxicapnógrafo (uso)	41,68
4.85	Oxímetro de Pulso (dia), fora da UTI e Centro Cirúrgico	120,57
4.86	Perfurador Elétrico (uso)	86,08
4.87	Quadro Balcânico (dia)	43,21
4.88	Rotablator (uso)	179,81

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
4.89	Raio X na Sala Cirúrgica	107,48
4.90	Respirador por Pressão (dia), fora do Centro Cirúrgico	332,81
4.91	Respirador por Volume (dia), fora do Centro Cirúrgico	366,19
4.92	Serra Cirúrgica (uso)	40,76
4.93	Serra Elétrica para Gesso (uso)	67,79
4.94	Serra de Stricker (uso)	303,57
4.95	Tenda Úmida	177,26
4.96	Tração Cutânea/Férula de Braw (dia)	27,97
4.97	Tração Esquelética/Férula de Braw (dia)	36,50
4.98	Trépano Elétrico (uso)	27,64
4.99	Video histeroscópio cirúrgico – incluindo instrumental (uso)	513,68

5. GASOMETRIA		Valor R\$
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
5.1	Ar comprimido O2 (instalação)	15,09
5.2	Ar comprimido O2 (minuto)	23,32
5.3	Dióxido de carbono (congelamento – uso)	57,17
5.4	Gás Carbônico (hora)	59,36
5.5	Instalação de Tenda de O2, Catéter ou Máscara (dia)	34,05
5.6	Inalação (sessão de 15')	22,49
5.7	Nebulização (sessão)	27,76
5.8	Nitrogênio (hora)	67,89
5.9	Protóxido de Azoto (NO2), (hora)	63,12
5.10	Óxido Nítrico (hora)	85,22
5.11	Óxido Nitroso (hora)	58,88
5.12	Oxigênio (até 30 minutos)	15,06
5.13	Oxigênio (hora)	29,54
5.14	Tenda de Oxigênio (dia)	28,35

(*) Quando o serviço for prestado em regime ambulatorial e/ou fora das salas específicas.

REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE		Valor R\$
Café / Lanche		11,55
Almoço / Jantar		21,88
Ceia / chá		12,10

FRANCISCO CALIJURI NETO
 Capitão de Mar e Guerra (RM1-CD)
 Presidente da Comissão Especial de Credenciamento

**MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
SETOR DE PERÍCIA MÉDICA**

GUIA DE APRESENTAÇÃO DO SERVIDOR CIVIL

N° de Controle:		Data de Emissão: ____/____/____	
Dados Pessoais			
Nome			
Matricula do Servidor Civil	Telefone fixo	Celular	
Informações Gerais			
CID Principal	Descrição do CID		
Dados Clínicos			
Dados do Credenciado			
CNPJ	Nome da Credenciada		
Logradouro			n°
Complemento			
Bairro	Município	CEP	
Motivo do Encaminhamento			
Exame/Procedimento: ANEXO A ESTA GUIA, DEVERÁ CONSTAR A SOLICITAÇÃO ORIGINAL DO MÉDICO PERITO ISOLADO			
Obs:			
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO			
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO		SERVIDOR CIVIL DA CPSP	
_____/_____/_____, Data Responsável pela Confecção da Guia		Autorizo a entrega da cópia dos exames, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fins de Auditoria.	
CRENCIADA EXECUTANTE			
_____/_____/_____, Data Assinatura da Credenciada		_____/_____/_____, Data Assinatura do Servidor Civil	

ESTA GUIA DE APRESENTAÇÃO TERÁ VALIDADE DE 30 DIAS A PARTIR DA DATA DA EMISSÃO, SEM PRORROGAÇÃO

**MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO
SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

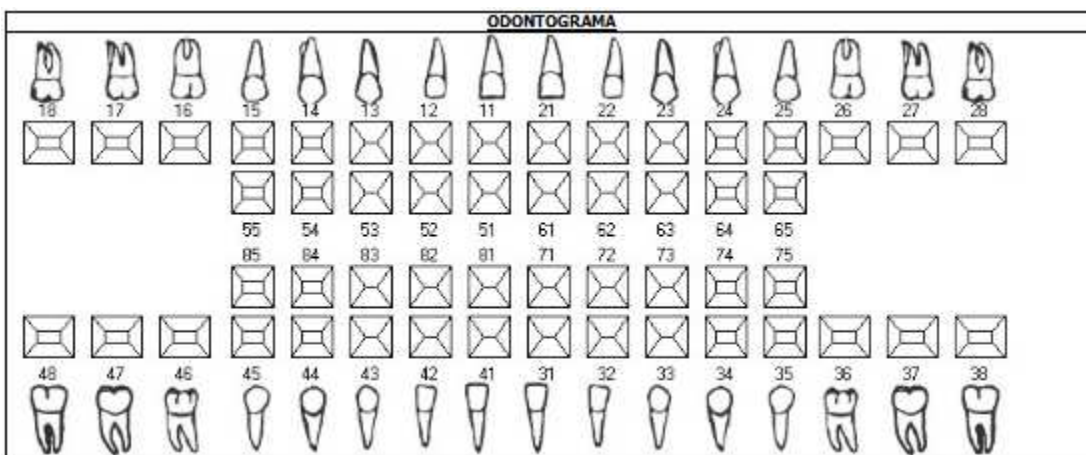
PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO EM OSE

Paciente: _____, NIP: _____

Titular: _____, NIP: _____

Especialidade	Odontograma	Código VRPO	Descrição do Procedimento

Especialidades: (1) Dentística (2) Endodontia (3) Odontopediatra (4) Periodontia (5) Prevenção (6) Prótese.



Preenchimento obrigatório do odontograma

_____/_____/_____
Data

ASSINATURA E CARIMBO

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO

Para que o usuário do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) possam usufruir de seus direitos, este deverá apresentar às Instituições Credenciadas, os documentos abaixo relacionados que viabilizarão a utilização da assistência.

No caso de recém-nascidos, o Titular deverá apresentar juntamente com a Carteira de Identidade do militar a Certidão de Nascimento do recém-nato, permitindo assim, o acesso ao atendimento hospitalar somente por um período de 30 (trinta) dias após o nascimento do dependente, vencido este prazo o militar deverá apresentar como documento do RN uma Declaração de Dependente.

Considera-se uso indevido a utilização da Carteira de Identificação para obtenção de atendimento, pelos dependentes, que perderam seus direitos por exclusão do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), com ou sem conhecimento dos mesmos, e pelos Marinheiros da Marinha Mercante, que pertencem ao Sistema de Saúde da Marinha. A credenciada deve observar sempre o campo da **VALIDADE DO AMH**.

- 1- Carteira de Identificação - emitida pelo Serviço de Identificação da Marinha (SIM);



- 2- Dependente menores de 08 (oito) anos Cartão do CHASM - emitida pela DPMM;

MARINHA DO BRASIL DIRETORIA DO PESSOAL MILITAR DA MARINHA Cartão de Habilitação para Assistência Médico-Hospitalar- CHASM			NIP DO DEPENDENTE		VALIDADE
NIP DO TITULAR	POSTO/GRAD	CORPO/QUADRO	08070423	27/01/2016	
80163238	3SG	CPA	NOME DO DEPENDENTE		
NOME DO TITULAR			MARIA EDUARDA		
JOSÉ			VÍNCULO DE DEPENDÊNCIA		
OM / OMAC	DATA DE EMISSÃO	FILHO/FILHA			
	19/05/2008				

3- Declaração de Dependente - emitida pela OM de origem do Titular:

MARINHA DO BRASIL
DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE (DD)

DADOS DO MILITAR					PROCESSO	NIP DO MILITAR
SIGLA DA OM	POSTO/GRAD	CORPO	QUADRO	ESP		
NOME COMPLETO						

DADOS DO DEPENDENTE						NIP DO DEPENDENTE
NOME COMPLETO						
FILIAÇÃO (NOMES COMPLETOS)						
PAI:						
MÃE:						
SEXO	EST.CIV.	DATA NASCIMENTO	NAT	NAC	C P F	VÍNCULO
NOME QUE JÁ POSSUIU (SE APLICÁVEL)						
ENDEREÇO COMPLETO DO DEPENDENTE:						

DADOS COMPLEMENTARES DO DEPENDENTE: (Responder SIM, NÃO ou N/A(Não Aplicável), conforme cada caso).

O FILHO/ENTEADO DO(A) DECLARANTE É ESTUDANTE?(N/A)) ENDEREÇO DO DEPENDENTE É O MESMO DO DESLOCAMENTO DIÁRIO DO MILITAR?(N/A) (N/A)

VIVE SOB O MESMO TETO DO(A) DECLARANTE? (N/A) A FILHA/ENTEADA DO(A) DECLARANTE PERMANECE SOLTEIRA? (N/A)

O DEPENDENTE EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA? (N/A)) (A) PENSIONISTA CONTRAIU NOVO CASAMENTO/UNIÃO ESTÁVEL? (N/A)

VIVE SOB DEPENDÊNCIA ECONÔMICA DO(A) MILITAR?(N/A)) DEPENDENTE JÁ ESTÁ DECLARADO POR OUTRO(A) MILITAR/SERVIDOR(A)? (N/A)

O DEPENDENTE É APOSENTADO/PENSIONISTA? (N/A)) VALOR DA APOSENTADORIA/PENSÃO É SUPERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO? (N/A)

O DEPENDENTE PERCEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA? (N/A)) VALOR DA PENSÃO ALIMENTÍCIA É SUPERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO? (N/A)

SE O CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) DO(A) DECLARANTE FOR MILITAR DA MB, INFORMAR O NIP

ESCLARECIMENTO: Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir declaração falsa, tipifica crime de falsidade ideológica (art. 312, do Código Penal Militar).

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA:

Santos / /
LOCAL E DATA

Assinatura militar

Encarregado da Divisão de Pessoal

INFORMAÇÃO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE DEPENDENTES (CVD):
CERTIFICAMOS QUE A DD ESTÁ DE ACORDO COM O DISPOSTO NA DGPM-303 (Rev3/Mod2).

ASS. E CARIMBO DO PRESIDENTE DA CVD ASS. E CARIMBO DO MEMBRO DA CVD ASS. E CARIMBO DO MEMBRO DA CVD

Ratifico: Santos, em ____/____/____
Local e data

Por Ordem: _____
Ajudante

OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA DPMM/DO CPesFN

MOTIVO CONCESSÃO/SUSPENSÃO	A PARTIR DE	SUSPENDER EM	MOTIVO DA SUSPENSÃO

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO

COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO HOSPITALAR

OBJETIVO: Estabelecer o Sistema de Credenciamento Hospitalar a ser considerado para fins de credenciamento na Capitania dos Portos de São Paulo.

1 – A **classificação** cujo sistema ora estabelecido será aplicada aos hospitais credenciados, ordenando-os, de acordo com suas características, em um dos seguintes Portes:

- A – Hospital de Porte “A”;
- B – Hospital de Porte ”B”;
- C – Hospital de Porte “C”.

2 – A **classificação** de cada hospital se dará segundo seu enquadramento em um dos Portes estabelecidos acima, de acordo com o somatório de pontos obtidos nos respectivos intervalos estabelecidos para cada Porte

Tabela de Pontuação

PONTOS	ITENS DE AVALIAÇÃO							PONTOS
	A	B	C	D	E	F	G	
POR ITEM	Nº LEITOS	LEITOS UTI	TIPO UTI	ALTA Complexidade	URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	Gestação Alto Risco	SALAS CIRÚRGICAS	TOTAIS
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	---	1	Pronto Atendimento	---	Até 02	Mínimo 1
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço Urgência/Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	---	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	Máximo 27
4 Pontos	300 ou +	30 ou +	Tipo III	4 ou +	Referência Nível III	---	Acima de 08	

2.1 – A verificação do cumprimento dos Itens de Avaliação estabelecidos na Tabela de Pontuação, definida e sua respectiva pontuação serão realizados pela Comissão Especial de Credenciamento, após análise da Declaração do Hospital/Clínica, corroboradas através de **visita técnica**, visando a formalização de acordo administrativo.

2.2 – A pontuação dos hospitais, para fins de classificação, terá como base a Tabela de Pontuação e serão realizados pela atribuição dos respectivos números de pontos previstos nas colunas denominadas “Pontos por Item” e identificadas pelas letras de “A” a “G” em cada um dos “Itens de Avaliação”, sendo que o somatório dos pontos obtidos será utilizado segundo os intervalos de pontuação estabelecidos, para enquadramento do Hospital em seu correspondente Porte;

2.3 – A avaliação e enquadramento dos hospitais, no momento da **classificação hospitalar**, após análise da Declaração do Hospital e a realização de visita técnica para verificação de cada um dos “Itens de Avaliação” se dará de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos:

LEITOS CADASTRADOS: Coluna “A” – será considerado o quantitativo total de leitos existentes no hospital;

LEITOS DE UTI: Coluna “B” - será considerado o quantitativo de leitos disponíveis em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica);

ALTA COMPLEXIDADE: Coluna “D” – será considerado o quantitativo de Serviços de Alta Complexidade existente no hospital, podendo ser computados para tanto: Serviços/Centros de Alta Complexidade em Assistência Cardiovasculares, Tratamento de Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumatologia Ortopedia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência à Queimados, Oncologia, Cirurgia Bariátrica e Transplantes.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: Coluna “E” – será considerado a existência:

- (1) Serviços de Pronto-Socorro 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências pediátricas e Clínica Médica, ou equipe da(s) especialidade(s) oferecidas no caso de hospitais especializados;
- (2) Serviços de Urgência/Emergência com atendimento 24 horas do dia, com equipe presente em Pediatria, Clínica Médica e Anestesia;
- (3) A existência de Serviços de Urgência e Emergência cadastrado pelo Ministério da Saúde, segundo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, em Hospital integrante do Sistema Estadual de referência **Hospitalar** em Atendimento de Urgência/Emergência, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;

GESTÃO DE ALTO RISCO: Coluna “F” – será considerado a existência de Serviço de Atendimento de Gestão de Alto Risco, cadastrado pelo Ministério da Saúde, segundo a Portaria GM/MS nº 3477, de 20 de agosto de 1988, como Hospital Integrante do Sistema Estadual de referência **Hospitalar** em Atendimento à Gestão de Alto Risco, de acordo com seus respectivos Níveis I e II.

SALAS CIRÚRGICAS: Coluna “G” - será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no Hospital.

Art. 4º - Estabelece que o total de Portes obtidos resultante da aplicação da Tabela de Pontuação constantes do Art. 3º, levará ao enquadramento dos hospitais no Sistema de Saúde em seu correspondente Porte, de acordo com o definido em conformidade com o que segue.

- PORTE A – de 15 a 25 pontos;
- PORTE B – de 08 a 14 pontos; e
- PORTE C – de 01 a 07 pontos.



MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SÃO PAULO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ identidade nº _____ órgão expedidor _____ declaro de acordo com o disposto no **item 6.2 e subitem 6.3.2 e 6.3.5, do capítulo 6 da DGPM 401** (3ª Rev), que não autorizando a minha transferência para outra unidade de Saúde, contrariando a orientação dos representantes da MB responsáveis pela prestação de atendimento médico nesta região, me responsabilizo, a partir de ____/____/____ pelo custeio de todas as despesas decorrentes deste meu atual tratamento, assumindo todas as consequências decorrentes da minha decisão aqui manifestada, isentando a MB de quaisquer responsabilidades técnicas e financeiras atinentes ao fato.

Santos. SP.; em _____ de _____ de _____.

testemunha
CPF

testemunha
CPF