

ANEXO XII AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2021 DO HMAPA



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
C M S - 3ª R M
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE**

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome do beneficiário: xxxxxxxxxxxx

Prec-CP: xxxxxxxxxxxx

Nome do médico assistente: xxxxxxxxxxxx CRM/RS: xxxxxxxxxxxx

1. Solicito autorização prévia para que o beneficiário do FuSEx xxxxxxxxxxxx, Prec-Cp xxxxxxxxxxxx, dependente de xxxxx, vinculado a/ao xxxxxxxxxxxxxxxx, realize o procedimento xxxxxxxxxxxx.

2. Convém ressaltar que o paciente é portador de xxxxxxxxxxxxxxxxx.

3. O procedimento em tela não é realizado em OMS da 3ª RM nem em OCS credenciada pelo FUSEx.

4. O referido procedimento consta no Rol da ANS.

5. O responsável tem conhecimento do previsto nos Art. 81 e Art. 83, ambos da Portaria 048-DGP, estando ciente de que o pagamento dos custos do procedimento é de sua responsabilidade, e que o processo de ressarcimento estará embasado neste termo, com a devida autorização prévia da 3ª RM ou da Diretoria de Saúde, conforme o caso, e de acordo com o constante do DIEx nº 683-SRAM/Sdir Tec/D Sau, do vice-Chefe do DGP, de 29 ABR 19.

6. O valor correspondente ao referido procedimento é de R\$ xxxxxx (xxxxxxxxxxxxxxx), orçamento previamente acordado entre as partes, sendo este passível de ressarcimento conforme a legislação em vigor.

7. Segue abaixo e em anexo o valor de três orçamentos, conforme orientação contida no DIEx nº 1729-FuSEx/SAS/Esc Ap Pes - CIRCULAR de 3 DEZ 14 da 3ª RM:

a. orçamento 1º: xxxxxxxx R\$ xxx,xxx;

b. orçamento 2º: xxxxxxxx R\$ xxx, xxx;

c. orçamento 3º xxxxxxxx R\$ xxx, xxx;

8. O procedimento a ser realizado (é/não é) caso de urgência e emergência.

9. O responsável tem o conhecimento de que o procedimento deverá ser executado somente após a autorização por escrito da RM/D Sau, sendo que este documento consiste apenas de uma solicitação de autorização.

10. Não haverá ressarcimento caso o procedimento seja realizado pelo beneficiário antes das autorizações da D Sau/RM (caso eletivo).

Porto Alegre-RS, xx de xxx de 202 .

Nome de Guerra- Posto Graduação
Médico auditor / HMAPA

Nome de Guerra- Posto Graduação
Ch do Setor de Auditorias do HMAPA

Nome do beneficiário- Posto Graduação
Responsável Legal