

Nº 3
DATA: 08/04/2008

CIRCULAR NORMATIVA

PARA: ARS, Hospitais EPE e SPA

ASSUNTO: Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde prestadas aos beneficiários do SNS que devam ser cobradas pelas Unidades de Saúde no âmbito do Contrato-Programa - Acordo Modificativo de 2008

As unidades de saúde só podem proceder a facturação à ACSS, I.P., nos termos previstos na presente circular.

As unidades de saúde suportam directamente os encargos financeiros das prestações de saúde realizadas por terceiros, integrados ou não no SNS, que sejam por elas requisitados ou prescritos.

As unidades de saúde facturam directamente a terceiros, integrados ou não no SNS, as prestações de saúde ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica que estes lhes requisitem.

I - INTERNAMENTO

1. Doente internado

Entende-se por doente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupa cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas, exceptuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outros estabelecimentos, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde. Para efeitos

de facturação, e para doentes que não cheguem a permanecer 24 horas, apenas serão considerados os doentes em ambulatório e doentes saídos contra parecer médico ou por óbito.

2. Tempo de internamento

Entende-se por tempo de internamento o total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, exceptuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde. Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. Contudo, para efeitos de classificação dos doentes em grupos de diagnósticos homogêneos e de facturação incluem-se na contagem do tempo de internamento os dias desde a admissão no serviço de urgência (nos casos em que o doente tenha sido admitido através do serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário.

3. Grupos de Diagnósticos Homogêneos

Os episódios de internamento de agudos são classificados em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH). A produção medida em GDH é ajustada pelo índice de case-mix contratado.

O preço base a aplicar aos doentes internados classificados em GDH e convertidos em equivalentes é o constante na tabela de preços do grupo a que a unidade de saúde pertence. O preço do GDH compreende todos os serviços prestados em regime de internamento, quer em enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria. A cada episódio só pode corresponder um GDH, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado, desde a data de admissão até à data de alta.

Os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes, são codificados de acordo com a Codificação Internacional das Doenças – 9ª Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC) de 2004 ou anos seguintes. A tabela tem por base o agrupador de GDH, *All Patients Diagnosis Related Groups*, versão 21.0, desenvolvido

nos EUA, sendo obrigatória a utilização deste agrupador para efeitos de classificação de episódios agudos de doença tratados nos hospitais do SNS.

4. Doentes equivalentes

Os episódios de internamento classificados em GDH podem ser normais/típicos ou de evolução prolongada em função da variável tempo de internamento.

São episódios normais ou típicos os que apresentam tempo de internamento superior ao limiar inferior e inferior ao limiar máximo.

São episódios de curta duração os que apresentam tempo de internamento igual ou inferior ao limiar inferior do GDH em que foram classificados.

São episódios de evolução prolongada os episódios que apresentam tempo de internamento igual ou superior ao limiar máximo do respectivo GDH.

Os limiares inferior e máximo definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos inter-quartis das respectivas distribuições.

Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.

Assim, os doentes equivalentes, num dado GDH, correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de duração excepcional e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH.

- Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.
- Para converter os episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais aplicam-se as seguintes fórmulas de cálculo:

a) Episódio de curta duração em GDH com preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{peso ambulatório}) * Ti}{Li + 1}$$

b) Episódio de curta duração em GDH cirúrgicos sem preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso 1º dia} + \frac{1 - \text{peso 1º dia}}{\text{Li}} * (\text{Ti} - 1)$$

c) Episódio de curta duração em GDH médicos sem preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{\text{Li} + 1} * \text{Ti}$$

Sendo,

Li = Limiar inferior do GDHi

Ti = Tempo de internamento

peso ambulatório = Preço de Ambulatório/Preço de Internamento

peso 1º dia = Preço do 1º dia para GDH cirúrgicos/Preço de Internamento

- Num episódio de evolução prolongada um doente saído corresponde a um doente equivalente.

5. Doentes internados com menos de 24 horas

Os doentes internados com menos de 24 horas, saídos contra parecer médico ou por óbito são considerados, para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes, como doentes de curta duração. Nestes casos, o tempo de internamento considerado é de um dia.

Os doentes internados com menos de 24 horas, saídos por procedimento não realizado ou transferidos do internamento para outro estabelecimento de saúde não são considerados no cálculo dos doentes equivalentes.

6. Transferências

As unidades de saúde obrigam-se a identificar, na base de dados dos GDH, todas as transferências dos doentes dentro e fora do SNS, registando a unidade de destino e a proveniência e ainda o motivo da transferência.

Os episódios de doentes internados que são transferidos para outros hospitais do SNS, são convertidos para equivalentes de acordo com as normas acima descritas, contudo, nas situações em que o doente é transferido por inexistência de recursos, o episódio não pode exceder 0,5 doente equivalente.

O hospital que recebe o doente transferido para tratamento do quadro clínico que levou ao seu internamento classifica o episódio no GDH correspondente aos cuidados prestados, excepto nas situações em que recebe o doente para continuidade de prestação de cuidados em que deve classificar o episódio no GDH 465, 466, 635, 636 ou 754.

7. Índice de Case-Mix

O índice de case-mix (ICM) é um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística.

O ICM define-se como o rácio entre o número de doentes equivalentes de cada GDH, ponderados pelos respectivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital.

O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, um peso relativo de 1.0.

O ICM nacional é por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada Unidade de Saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade de saúde trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional.

8. Doentes traqueostomizados

O preço do GDH 483 apenas pode ser aplicado nas situações em que o doente foi submetido a ventilação mecânica por 96 horas ou mais, a que corresponde o código de procedimento 96.72 - ventilação mecânica por 96 horas ou mais consecutivas - da CID-9-MC.

Aos doentes classificados naquele GDH que não tenham sido submetidos a ventilação mecânica aplica-se o preço estabelecido para o GDH 482.

9. Internamento com admissão pela Urgência

O tempo de internamento dos episódios com admissão pela Urgência conta-se desde o momento da admissão na Urgência. Estes episódios dão lugar apenas à facturação dos respectivos GDH.

10. Reinternamento

Nas situações de reinternamento do doente na mesma unidade de saúde, num período de setenta e duas horas a contar da alta, só há lugar ao pagamento do GDH do último internamento.

Exceptuam-se do disposto no número anterior: i) as situações em que o episódio de internamento não está clinicamente relacionado com o anterior e as situações do foro oncológico; ii) as situações em que o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico; iii) as situações em que o doente foi transferido para realização de exame que obrigue a internamento, seguindo-se o tratamento no hospital de origem.

Os casos cuja data de admissão ocorra até 60 dias após um episódio de internamento anterior em serviço ou departamento de psiquiatria e saúde mental são pagos por diária.

11. Psiquiatria

No caso de doentes internados em serviços ou departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental deve observar-se o seguinte:

- a) Os episódios agudos são classificados em GDH e considerados para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes segundo os respectivos tempos de internamento;
- b) As restantes situações são pagas por diária.

12. Medicina Física e de Reabilitação

Nas situações de transferência, dentro da mesma unidade de saúde, para um serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação oficialmente reconhecida, deve observar-se o seguinte:

- a) Até à transferência para o serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação os episódios são classificados em GDH e considerados para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes de acordo com o respectivo tempo de internamento;

b) Os dias de internamento no serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação são pagos por diária.

13. Doentes Crónicos Ventilados Permanentemente

No caso de doentes crónicos ventilados permanentemente o pagamento da assistência prestada é efectuado por diária.

Apenas são considerados os episódios de internamento de doentes crónicos que já não se encontrem em fase aguda de tratamento da doença, necessitem de ventilação permanente e que apresentem um tempo de internamento superior a 150 dias.

14. Diária de Internamento de Doentes Crónicos

A diária de internamento dos doentes crónicos referidos nos pontos 11., 12. e 13. inclui todos os serviços prestados, designadamente cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria.

15. Doentes Privados

Os episódios dos doentes beneficiários do SNS quando tratados no âmbito do exercício da medicina privada são obrigatoriamente identificados na base de dados dos GDH com o tipo de admissão 5. Não é da responsabilidade do SNS o pagamento dos encargos das prestações de saúde dos utentes que optem pela medicina privada, sendo estes facturados na totalidade aos próprios utentes.

O exercício de medicina privada significa a escolha pelo utente do SNS de um médico determinado, entre os médicos da unidade de saúde autorizados nos termos da lei a exercer medicina privada nas unidades de saúde integradas na rede de prestação de cuidados.

II – EPISÓDIOS DE AMBULATÓRIO

Atenta a nova definição de doente internado, caso o doente permaneça menos de 24 horas, ainda que pernoite no estabelecimento hospitalar, é pago como episódio de ambulatório (médico ou cirúrgico).

1. Episódios cirúrgicos

▪ Cirurgia de ambulatório

Uma cirurgia de ambulatório é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas (Conselho Superior de Estatística) e que é classificável de acordo com a Tabela da Ordem dos médicos num procedimento associado a um valor superior ou igual a 50 K.

As cirurgias de ambulatório são classificadas em GDH e são pagas as que apresentem preço nos termos da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, alterada pela Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro.

2. Episódios médicos

Os episódios médicos de ambulatório são classificados em GDH médico de ambulatório se apresentarem um dos procedimentos contemplados na tabela do Anexo II Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, com a redacção introduzida pela Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro, e são pagos se apresentarem preço nesta tabela.

3. Doentes equivalentes

Cada episódio, médico ou cirúrgico, classificado em GDH, nos termos anteriores, corresponde a um doente equivalente.

4. Índice de Case-Mix

O ICM do ambulatório (cirúrgico e médico) define-se como o rácio entre o número episódios classificados em cada GDH ponderados pelos respectivos pesos relativos e o número total de episódios de ambulatório da unidade de saúde.

5. Preço

O preço do GDH de ambulatório compreende todos os serviços prestados, incluindo os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria.

6. Episódios de ambulatório seguidos de internamento

Quando, após a realização de intervenção cirúrgica ou de procedimento contemplado para GDH médico de ambulatório, se justifique o internamento do doente, por complicações no decurso dos mesmos ou no período de recobro, o regime de internamento substitui o de ambulatório, havendo lugar à facturação do GDH correspondente a todos os procedimentos efectuados.

7. Internamento por complicações

Quando o doente tiver sido internado por complicações, nas vinte e quatro horas posteriores à alta, não há lugar a pagamento do episódio de ambulatório, facturando-se apenas o GDH correspondente aos procedimentos efectuados no episódio de internamento.

III - CONSULTA EXTERNA

1. Consulta médica

Por consulta médica entende-se o acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde (Conselho Superior de Estatística).

Só podem ser objecto de facturação as consultas médicas que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo.

2. Primeira consulta

Consulta médica, em hospitais, em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade/valência e referente a um episódio de doença.

3. Consulta subsequente

Consulta médica, efectuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração ou prescrição terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio.

4. Preço

O preço da consulta inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com excepção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar da responsabilidade financeira do hospital.

IV – URGÊNCIA

1. Atendimento em Urgência

Por atendimento em urgência entende-se o acto de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde. Este atendimento pode incluir a permanência em SO, para observação, até 24 horas.

São objecto de facturação os atendimentos em urgência realizados pela unidade de saúde, com alta para o exterior, que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo.

Não são objecto de facturação os atendimentos em urgência que tenham dado lugar a episódios de internamento.

2. Preço

O preço da urgência inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com excepção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária. As urgências especializadas e não abertas ao exterior são facturadas ao preço da consulta constante da tabela de preços do grupo a que a unidade de saúde pertence.

V – HOSPITAL DE DIA

1. Hospital de dia

O hospital de dia é um serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância num período inferior a 24 horas. São objecto de pagamento as sessões de hospital de dia que apresentem registo da observação clínica, de enfermagem e administrativo.

Não poderá ser contabilizada mais de uma sessão por dia num hospital de dia para cada doente. A observação clínica no âmbito do tratamento (sessão) efectuado em hospital de dia, não poderá dar lugar a facturação de um episódio de consulta, ou de qualquer outra linha de actividade, em simultâneo com a sessão de hospital de dia.

2. Preço

O preço da sessão inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica com excepção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar da responsabilidade financeira do hospital.

▪ Quimioterapia

As sessões que não dêem lugar a um dos procedimentos contemplados na tabela de GDH médicos de ambulatório do Anexo II da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 110-A72007, de 23 de Janeiro, serão registadas em hospital de dia “outros” e pagas ao preço previsto para “outras sessões de hospital de dia”.

VI – GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA CRÓNICA

1. Hemodiálise e Diálise Peritoneal

Para os doentes com insuficiência renal crónica que necessitam de efectuar terapêuticas de substituição da função renal, de acordo com o estado da arte e no respeito pelas boas

práticas e pela segurança do doente, foi definido o pagamento por preço compreensivo associado ao modelo de Gestão Integrada de Doença.

Os preços estabelecidos aplicam-se às modalidades de hemodiálise convencional e diálise peritoneal, e ao universo de todos os doentes crónicos referenciados, não podendo ser adoptados quaisquer critérios clínicos de exclusão de doentes por parte dos hospitais.

Este pagamento aplica-se apenas aos doentes com insuficiência renal crónica integrados em programa de ambulatório programado na unidade de diálise do hospital. O registo do tratamento de hemodiálise será efectuado em hospital de dia. O registo do tratamento de diálise peritoneal será efectuado no âmbito da consulta com os códigos da Tabela de Nefrologia da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 110-A72007, de 23 de Janeiro.

A facturação terá a periodicidade mensal. Para efeitos de facturação, a unidade padrão é a semana, multiplicando-se, por utente, o valor semanal pelo número de semanas completas de calendário do respectivo mês e adicionando-se o resultado da multiplicação do valor diário pelo número de dias de calendário respeitantes às semanas incompletas do respectivo mês.

O início do tratamento de cada doente, para efeitos de facturação, conta-se a partir do dia da sua admissão no tratamento de hemodiálise e o termo, no dia em que, por qualquer razão, o doente abandonar a terapêutica de substituição da função renal por hemodiálise ou for transferido, com carácter definitivo, para outra unidade.

Para os tratamentos realizados nas situações de fase aguda da doença mantém-se o disposto no Despacho n.º 17/90, de 21 de Dezembro, DR, n.º 19 (2ª série), de 23 de Janeiro de 1991.

2. Preço

O preço compreensivo referido, abrange todos os encargos relativos às sessões de diálise, ao acompanhamento médico dos doentes, ao controlo e avaliação, aos exames, às análises e aos medicamentos necessários ao tratamento da insuficiência renal crónica,

bem como às intercorrências passíveis de serem corrigidas, no âmbito da gestão clínica de caso.

O pagamento do preço compreensivo depende da actualização periódica do registo da informação obrigatória do doente, constante do “Sistema de informação de gestão integrada da doença renal crónica” assente na plataforma de gestão integrada da doença da Direcção-Geral da Saúde.

VII – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATÉ ÀS 10 SEMANAS DE GESTAÇÃO (IG)

Os hospitais de apoio perinatal ou de apoio perinatal diferenciado são responsáveis, do ponto de vista financeiro, pelo processo de interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em regime de ambulatório.

Para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, devem os hospitais criar uma consulta de especialidade com designação diferenciada das demais, registando todas as consultas realizadas à mulher para efeitos de interrupção da gravidez.

- No caso da interrupção medicamentosa da gravidez até às 10 semanas de gestação, na consulta que corresponder à administração do Mifepristone à mulher (Circular Normativa nº 9/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35200 - I.G. medicamentosa em ambulatório, de acordo com a Portaria nº 781-A/2007 de 16 de Julho.
- No caso da interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, quando for realizado o procedimento de aspiração por vácuo (Circular Normativa nº 10/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35205 - I.G. cirúrgica em ambulatório, de acordo com a Portaria nº 781-A/2007 de 16 de Julho.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via cirúrgica, fica concluído aquando da realização do procedimento cirúrgico.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via medicamentosa fica concluído aquando da consulta de *follow-up* (Circular Normativa n.º 9/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde). Na ausência desta consulta, por não comparência da mulher, deve o hospital dar por concluído o episódio de interrupção de gravidez até às 10 semanas aquando da última consulta realizada no âmbito do mesmo episódio.

▪ **Facturação**

A facturação da interrupção medicamentosa da gravidez será efectuada por código 35200 - IG, ao preço previsto na Portaria n.º 781-A/2007, de 16 de Julho, não havendo lugar à facturação independente de consultas, actos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção medicamentosa da gravidez.

A facturação da interrupção cirúrgica da gravidez será efectuada por código 35205 - IG, ao preço previsto na Portaria n.º 781-A/2007, de 16 de Julho, não havendo lugar à facturação independente de consultas, actos, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção cirúrgica da gravidez.

Caso a interrupção da gravidez até às 10 semanas, por qualquer das vias, dê lugar ao internamento da mulher, a facturação do episódio de interrupção da gravidez processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5.º e 6.º do Regulamento aprovado pela Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, alterado pela Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro. Nestes casos, o hospital deverá proceder à anulação dos códigos de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (35200 ou 35205), não havendo lugar à facturação de quaisquer consultas, actos, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez que originou o internamento.

O disposto no parágrafo anterior aplica-se ainda às situações de readmissão da mulher, no internamento, num período de setenta e duas horas a contar da realização da última consulta de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação.

Nos casos em que, após a consulta prévia e no período de reflexão que medeia entre esta consulta e o início da interrupção da gravidez, a mulher desistir da realizar a IG, as

consultas efectuadas são pagas nos termos do contrato-programa, capítulo III desta circular.

VIII – PAGAMENTO DOS NOVOS DOENTES EM TRATAMENTO DE VIH/SIDA

O contrato-programa prevê o pagamento dos novos doentes de VIH/Sida que iniciem tratamento em 2008 e os que iniciaram tratamento em 2007. Apenas são elegíveis os doentes declarados ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge e que cumpram um dos seguintes critérios:

- (1) Doentes sintomáticos: doença definidora de SIDA;
- (2) Doentes com contagens de células CD4+ <350 cél. CD4+/mm³;
- (3) Doentes com contagens de células CD4+ > 350 cél. CD4+/mm³ e cumulativamente Carga Vírica > 100.000 cópias VIH-1 RNA/ml;
- (4) Situações clínicas especificamente justificadas, como a gravidez, poderão ser alvo de pagamento.

Os hospitais devem proceder ao registo dos novos doentes em tratamento, associados a um acto de ambulatório, consulta ou hospital de dia.

Há lugar a facturação do mês completo, independentemente do dia em que o novo doente foi incluído no programa.

Contudo, não há lugar a facturação quando o doente abandona o tratamento a partir do dia 15 do mês no qual se previa o último contacto (levantamento de terapêutica, consulta ou análise clínica).

Preço

O valor mensal a pagar por doente que inicia terapêutica baseia-se no estado da arte, de acordo com as recomendações terapêuticas emanadas pelo Alto Comissariado do VIH/Sida e compreende todos os actos médicos de diagnóstico e tratamento.

IX – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN)

No âmbito do Plano Nacional de Saúde pretende-se “dar prioridade ao programa de DPN de forma a alcançar um número crescente de grávidas e prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez”.

A contratualização com os serviços de obstetrícia dos hospitais para a realização de ecografia obstétrica às grávidas seguidas nos CS que constituem a Unidade Coordenadora Funcional (UCF), faz-se nas seguintes condições:

- Ecografia do 1º trimestre conjugada com rastreio bioquímico do 1º T – 11-14 semanas de gestação, e/ou (Protocolo I) e/ou
- Ecografia do 2º trimestre conjugada com consulta de risco obstétrico – 18 - 22 semanas de gestação (Protocolo II)

Neste sentido, os hospitais deverão:

- possuir sistema de informação de tratamento e análise de imagem ecográfica.
- possuir um terminal com o sistema de informação tratamento e análise de imagem ecográfica, no laboratório do Hospital (Protocolo I). O rastreio bioquímico tem de ser feito no próprio hospital.
- ter ecografista com formação específica acreditado pela *Fetal Medicine Foudation*, ou ter competência em ecografia obstétrica pela Ordem dos Médicos, ou ter curso de aperfeiçoamento em ecografia fetal organizado pela DGS.
- disponibilizar agenda no Sonho, ou sistema similar, para marcações dos Centros de Saúde com quem estão articulados.
- garantir articulação entre os sistemas de informação, nomeadamente, Sonho - Astraia.

Preço

O preço do Protocolo I abrange a ecografia do 1º trimestre e o rastreio bioquímico realizados e o preço do Protocolo II abrange a ecografia do 2º trimestre e consulta hospitalar associada.

X – SERVIÇO DOMICILIÁRIO

Por serviço domiciliário entende-se o conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins. Apenas são objecto de facturação as visitas domiciliárias com registo administrativo e registo da actividade realizada pelos profissionais envolvidos nestes cuidados.

XI – LAR (IPO)

▪ Diária

A permanência dos doentes nos lares do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil é paga por diária. O preço da diária não inclui os cuidados de saúde prestados.

XII – OUTROS PAGAMENTOS

1. **Medicamento de cedência hospitalar em ambulatório** (consulta e hospital de dia)

São pagos os medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, da responsabilidade financeira dos hospitais. Para tal, deve a instituição proceder ao registo da cedência destes medicamentos associado a um acto de ambulatório, consulta ou hospital de dia, e manter actualizado o registo médico e administrativo do doente em tratamento (Anexo I).

2. **Internato médico**

No âmbito do contrato-programa será assegurado o pagamento dos internos do ano comum e dos internos do primeiro ano da especialidade. O pagamento dos internos do ano comum far-se-á na totalidade, o dos internos do 1.º ano da especialidade corresponde a 25% daquele valor. A facturação deverá ser mensal e acompanhada da identificação dos internos colocados nas instituições.

3. Incentivos institucionais

Poderá ainda haver lugar ao pagamento de Incentivos associados ao cumprimento de objectivos de qualidade, acessibilidade e desempenho, nacionais e regionais, a fixar, avaliar e determinar pelas ARS.

XIII – REMUNERAÇÃO

As regras de remuneração são vinculativas para as unidades de saúde do Sector Empresarial do Estado e indicativas para as unidades de saúde do Sector Público Administrativo.

1. Remuneração da produção contratada

Como contrapartida pela produção contratada a unidade de saúde recebe a remuneração especificada no contrato-programa.

Não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas por linha de produção sejam inferiores a 50% do volume contratado.

2. Remuneração da produção marginal

Sempre que os volumes da produção realizada pelas unidades de saúde forem superiores ao volume contratado, o valor previsto para pagamento da actividade do SNS será revisto de acordo com o disposto nas seguintes alíneas:

- a) Se o volume da produção realizada pelas unidades de saúde, com excepção para a produção cirúrgica programada, for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, será paga nos termos do Anexo II, da seguinte forma: 44% do preço contratado para o internamento de GDH médicos, de GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar (IPO), 58% do preço contratado para a consulta, 45% do preço contratado para a urgência e 75% do preço contratado para o hospital de dia e GDH médicos de ambulatório;

- b) Se o volume da produção cirúrgica programada realizada pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da Tabela do SIGIC.

A facturação das novas linhas de actividade (Hemodiálise e Diálise peritoneal, IG, Novos doentes de VIH/Sida, DPN, medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e internato médico) não está sujeita ao limite do volume contratado.

3. Remuneração de custos fixos

Se o volume da produção realizada em urgência pelas unidades de saúde for inferior ao volume contratado (entre 50% e 100%), o SNS suportará parte dos custos fixos associados à produção contratada não realizada, nos termos do Anexo II, correspondentes a 27,5% do preço contratado.

4. Valor de convergência

Tendo em conta o desvio entre os custos operacionais previstos pelas unidades de saúde e o valor a receber pela produção (SNS e não SNS), será paga uma remuneração extraordinária, designada valor de convergência, destinada a compensar as obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde.

5. Programas Específicos

Constitui ainda actividade financiada pelo Serviço Nacional de Saúde a realizada no âmbito dos Programas Específicos:

- a) Acessos vasculares;
- b) Ajudas técnicas;
- c) Assistência médica no estrangeiro;
- d) Assistência na área da Saúde Mental prestada por Ordens Religiosas;
- e) Convenções Internacionais;
- f) Cuidados Continuados Integrados;
- g) Diagnóstico da Retinopatia Diabética;
- h) Doenças Lisossomais de Sobrecarga;
- i) Formação e investigação;
- j) Incentivos aos Transplantes;

- k) Registo Oncológico Regional;
- l) Sistema de custeio por actividade.

XIV – FACTURAÇÃO

1. Identificação dos utentes e terceiros pagadores

As unidades de saúde estão obrigadas a identificar os utentes do SNS através do cartão de utente.

Caso o utente não apresente o cartão de utente ou prova de que o mesmo foi requerido, devem ser solicitados ao utente outros elementos de identificação que permitam à instituição aferir da condição de beneficiário do SNS à data da assistência. Assim, deve a instituição proceder à identificação tão completa quanto possível do utente, recolhendo os seguintes elementos:

- a) nome completo;
- b) n.º do bilhete de identidade, data de emissão e local;
- c) data de nascimento;
- d) naturalidade;
- e) filiação;
- f) residência;
- g) n.º de telefone de contacto;
- h) no caso de o utente ser menor, todos os elementos de identificação exigidos nas alíneas anteriores devem ser reunidos também no que diz respeito a um dos pais do menor.

No caso de não apresentação do cartão de utente, os serviços devem oficiosamente verificar na base de dados do cartão de utente a situação de beneficiário do SNS.

Caso a instituição conclua que o utente não está inscrito na base, e não tendo a instituição elementos de identificação para comprovar da sua situação de beneficiário do SNS, deve solicitar informação oficiosamente ao centro de saúde.

As unidades de saúde devem ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros pagadores, em todas as situações em que estes sejam susceptíveis de ser responsabilizados. Para

este efeito, as unidades de saúde devem ter um sistema de informação acessível que permita, entre outros, identificar:

- a) Nome do utente;
- b) Número do cartão de utente;
- c) Centro de saúde onde o utente está inscrito;
- d) Terceiro pagador;
- e) Número de subsistema.

Caso o utente seja beneficiário de um subsistema e não seja portador do cartão de utente do SNS, ou na ausência ou avaria do leitor da tarjeta magnética, deve ser identificado pelo número do beneficiário de subsistema. Em qualquer caso, o subsistema e o número de beneficiário de subsistema devem ser recolhidos por forma a identificar o terceiro responsável.

Se, nos termos da alínea b) da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, da alínea c) do n.º 1 do artigo 23.º e do n.º 6 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, existir um terceiro legal ou contratualmente responsável (nomeadamente, subsistemas de saúde, seguradoras, assim como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro facto gerador de responsabilidade civil) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de facto (tempo, modo e lugar) que geram a responsabilidade, os dados respeitantes ao terceiro (nome completo, número de bilhete de identidade, data de nascimento, naturalidade, filiação, residência, número de telefone de contacto), incluindo também apólice de seguro ou matrícula do veículo, quando for o caso.

As unidades de saúde obrigam-se ainda a identificar os utentes assistidos ao abrigo de acordos internacionais que vinculam o Estado Português e a enviar mensalmente lista discriminada para as ARS.

Quanto aos cidadãos da União Europeia, do espaço económico europeu e da Suíça não residentes em Portugal, pode ser solicitado o formulário comunitário de mobilidade, o cartão europeu de seguro de doença (CESD) ou o certificado provisório de substituição do CESD.

2. Identificação da Entidade Financeira Responsável

A entidade financeira responsável pelo pagamento da assistência prestada (SNS) deve ser identificada na aplicação informática onde estão registados os actos que são facturados através dos códigos 935601 (Serviço Nacional de Saúde), 935602 (Cidadãos evacuados dos PALOP), 935603 (Cidadãos evacuados de Angola), 935604 (Nacionais da Noruega, Dinamarca, Reino Unido, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, província do Quebec e Andorra, neste último caso se os utentes apresentarem um atestado de direito diferente do AND/3) e 935605 (“outros beneficiários do SNS”, nomeadamente cidadãos estrangeiros menores de idade não legalizados, que se encontram a residir em Portugal, Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, e as situações de excepção abrangidas pelo n.º 5 do Despacho n.º 25 360/2001, de 16 de Novembro, publicado no DR n.º 286 (2.ª Série), de 12 de Dezembro de 2001.

3. Facturação

A facturação a realizar pelas unidades de saúde será feita mensalmente com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados no âmbito da contratação de volumes de produção.

A factura deve ser acompanhada da relação dos cuidados prestados que deve conter, obrigatoriamente, todos os cuidados prestados ao doente, a entidade financeira responsável, o número de utente, o número do processo e o número do episódio respectivo.

As unidades de saúde deverão apresentar à ACSS, I.P., até dia 21 de cada mês, uma factura com a descrição e valorização das prestações de saúde realizadas no mês anterior.

Para efeitos de facturação, as prestações de saúde só serão consideradas efectivamente realizadas com a alta do doente, a realização da consulta, do episódio de urgência, da sessão de tratamento em hospital de dia ou da visita médica no domicílio, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

No caso de cuidados prestados em internamento a doentes crónicos a unidade de facturação é a diária de internamento e a respectiva factura deve ser apresentada mensalmente.

No caso das novas linhas de actividade (Hemodiálise e Diálise peritoneal, IG, Novos doentes de VIH/Sida, DPN, medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e internato médico) a facturação também deve ser apresentada mensalmente.

4. Emissão de facturas

As facturas a emitir pelas unidades de saúde para efeitos de cobrança à ACSS, I.P., deverão conter a informação constante nos Anexos III (A, B e C), devendo ser enviadas para a ACSS em formato electrónico e em suporte de papel.

As facturas não deverão conter quaisquer dados sobre diagnóstico ou que determinem uma violação da intimidade da vida privada do doente.

O prazo limite para a emissão das facturas por parte das unidades de saúde é o termo do mês de Fevereiro do ano seguinte ao qual se reportam os serviços prestados.

Os ajustamentos ao montante total para pagamento da actividade do SNS devidos a desvios da produção hospitalar face aos valores contratados e respectivo acerto de contas, serão efectuados no 1.º trimestre de 2009, com base nas facturas recebidas.

O Presidente do Conselho Directivo


(Manuel Teixeira)

ANEXO I - Medicamentos de dispensa em farmácia hospitalar, de cedência gratuita em ambulatório e da responsabilidade financeira da instituição

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
Fibrose quística	Despacho n.º 24/89, de 2 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 163, de 18 de Julho de 1989); Portaria 1474/2004, de 21 de Dezembro (DR, 1.ª série, n.º 297, de 21 de Dezembro);	Fibrose quística	Integralmente suportados pelo SNS, desde que sejam prescritos pelos hospitais especializados de pediatria ou pelos serviços de pediatria dos hospitais centrais e formados pelos respectivos hospitais. O médico prescritor deve confirmar por escrito na receita que se trata de um doente abrangido por este despacho.	* Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respectivos estabelecimentos hospitalares - n.º 3 do Desp. n.º 24/89, de 2 de Fevereiro.
Doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais	Despacho n.º 3/91, de 8 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 64, de 18 de Março de 1991), alterado pelos Despachos n.º 11 619/2003, de 22 de Maio (DR, 2.ª série, n.º 136/2003, de 14 de Junho) e Despacho n.º 14 916/2004, de 2 de Julho (DR, 2.ª série, n.º 174, de 26 de Julho). Rectificação n.º 1 858/2004, de 7 de Setembro (DR, 2.ª série, n.º 233/2004 de 2 de Outubro) e Despacho n.º 25 909/2006, de 30 de Novembro (DR, 2.ª série, n.º 244 de 21 de Dezembro de 2006). Despacho n.º 10 053/2007, de 27 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 104, de 30 de Maio)	Doença renal crónica	Integralmente suportados pelo SNS, desde que sejam prescritos em consultas de nefrologia e centros de diálise hospitalares públicos ou privados. Os medicamentos são fornecidos através das farmácias dos hospitais.	* Os encargos financeiros são: a) da responsabilidade do hospital onde é prescrito, quando a prescrição é feita em ambiente hospitalar, incluindo consulta externa (...); b) da AFS competente, quando o medicamento seja prescrito fora do ambiente hospitalar. - n.º 5, da Rectificação n.º 1858/2004, de 7 de Setembro.
Deficiência da hormona de crescimento na criança e Síndrome de Turner	Despacho conjunto de 26 de Janeiro de 1993 (DR, 2.ª série, n.º 97, de 14 de Abril de 1993)	Acesso à hormona do crescimento	Comparticipação integral	
Paraplegias espásticas familiares e Ataxias Cerebelosas Hereditárias, nomeadamente a doença de Machado-Joseph	Despacho n.º 19 972/99, de 20 de Setembro (DR, 2.ª série, n.º 245, de 20 de Outubro de 1999)	Acesso ao medicamento (...), aos doentes portadores de paraplegias espásticas familiares e de ataxias cerebelosas hereditárias, nomeadamente da doença de Machado-Joseph	Custos integralmente suportados pelo SNS, desde que seja prescrita em consultas de neurologia dos hospitais da rede oficial e dispensada pelos mesmos hospitais, devendo na receita constar, por escrito, a confirmação de que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos prescritos nos termos do presente despacho são suportados pelos orçamentos dos respectivos estabelecimentos hospitalares, n.º 3 do Desp. 19972/99, de 20 de Setembro.
Doentes acromegálicos	Despacho n.º 3 837/2005, de 27 de Janeiro (DR, 2.ª série, n.º 37, de 22 de Fevereiro) e Rectificação n.º 652/2005, de 6 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 79/2005, de 22 de Abril)	Acesso aos medicamentos Sandostatina, Sandostatina LAR e Somatulina	Comparticipação integral, apenas podem ser prescritos por médicos especialistas em endocrinologia, para o tratamento de doentes acromegálicos, devendo da receita constar referência expressa a este despacho, n.º 2 do Desp. 3837/2005. A dispensa é feita exclusivamente através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	Os encargos são da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito sem prejuízo do disposto na Portaria 985/2003, de 13 de Setembro, salvo se houver 3.ª responsável, - n.º 6 do Desp. 3837/2005.

ANEXO I - Medicamentos de dispensa em farmácia hospitalar, de cedência gratuita em ambulatório e da responsabilidade financeira da instituição (Cont.)

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
Profilaxia da rejeição aguda de transplante renal alógeno	Despacho n.º 6 818/2004, de 10 de Março (DR, 2.ª série, n.º 80, de 3 de Abril de 2004), alterado pelo Despacho n.º 0 69/2005 de 24 de Janeiro (DR, 2.ª série, n.º 30/2005 de 11 de Fevereiro) e pelo Despacho n.º 15 827/2005, de 23 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 144/2006 de 27 de Julho).	Profilaxia da rejeição do transplante alógeno	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos especialistas, nos respectivos serviços especializados dos hospitais, nomeadamente serviços de nefrologia (unidades de transplante renal) e de cardiologia (unidades de transplante cardíaco) devendo da receita constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através das farmácias hospitalares.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.
Doentes com hepatite C	Portaria n.º 1 522/2003, de 13 de Novembro (DR, 2.ª série, n.º 291, de 18 de Dezembro) e Portaria n.º 274/2004, de 2 de Fevereiro, (DR, 2.ª série, n.º 56/2004, de 6 de Março).	Doentes com hepatite C	Comparticipação integral, prescritos a doentes portadores de hepatite C crónica, notificados à entidade competente através da declaração obrigatória de doenças transmissíveis. O médico prescritor deve confirmar por escrito na receita que o doente se encontra abrangido por este diploma. A dispensa é efectuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais onde existem serviços ou consultas especializados no tratamento de doentes com hepatite C.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.
Esclerose múltipla	Despacho n.º 11 728/2004, de 17 de Maio (DR, 2.ª série, n.º 139/2004, de 15 de Junho). Despacho n.º 5 775/2005 de 18 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 54/2005, de 17 de Março) e Rectificação n.º 652/2005 de 6 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 79/2005 de 22 de Abril).	Doentes com esclerose múltipla	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos neurologistas, nos respectivos serviços especializados dos hospitais integrados no SNS, nomeadamente serviços de neurologia, devendo da receita constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através das farmácias hospitalares.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.
Doença de Crohn activa grave ou formação de fistulas	Despacho n.º 4 466/2005, de 10 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 42/2005 de 1 de Março)	Doença de Crohn activa grave ou formação de fistulas	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos especialistas em gastroenterologia, devendo da receita constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.

ANEXO II

PAGAMENTO DA PRODUÇÃO CONTRATADA, PRODUÇÃO MARGINAL E DE CUSTOS FIXOS

Linhas de produção	Produção contratada	Produção marginal		Custos fixos
	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%	Entre 50% e 100%
Consulta	Pr. C.	58% Pr. C.	---	---
Serviço domiciliário	Pr. C.	58% Pr. C.	---	---
Internamento urgente (GDH Cirúrgicos)	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Internamento (GDH Médicos)	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Internamento de doentes crónicos	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Dias de permanência em Lar dos IPO	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Internamento programado (GDH Cirúrgicos)	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC	---
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC	Preço Tabela do SIGIC	---
GDH Médicos de Ambulatório	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Hospital de Dia	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Urgência	Pr. C.	45% Pr. C.	---	27,5% Pr. C.

Pr. C. - Preço Contratado de acordo com o grupo hospitalar de financiamento

Nota: O pagamento das novas linhas de actividade (Hemodiálise e Diálise peritoneal, IG, Novos doentes de VIH/Sida, DPN, medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e internato médico) não está sujeito ao limite da produção contratada.

ANEXO III (A)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A - Produção Base

Designação da Empresa

Sede

Nr. Telefone

Nr. Contribuinte

Capital Social

Nr. Conservatória do Registo

Civil (CRC)

Nr. Factura

Pág.

Data Emissão

IGIF

Av. República, nº61, Apartado

14052

1064 - 808 Lisboa

Nr. Contribuinte: 503045039

Período de Referência:

Linhas de Produção	Quantidade	ICM	Preço	Valor
Episódios de internamento. - GDH				
Médicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento				
programados – GDH Cirúrgicos				
(doente equivalente)				
Episódios de internamento urgentes –				
GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
Internamento de doentes crónicos				
(dias):				
• M.F.R				
• Psiquiatria				
• Ventilados permanentemente				
• de Hansen				
• da Pneumologia				
Episódios de GDH Cirúrgicos de				
Ambulatório (doente equivalente)				

Episódios de GDH Médicos de
Ambulatório (doente equivalente)

Consultas médicas:

- Primeiras consultas
- Consultas subsequentes

Urgências (atendimentos)

Hospital de Dia (sessões):

- Hematologia
- Imunohemoterapia
- Doenças Infecciosas
- Psiquiatria
- Outras

Diálise:

- Hemodiálise (semana/doente)
- Diálise Peritoneal
(semana/doente)

IG até às 10 semanas:

- Medicamentosa (N.º de IG)
- Cirúrgica (N.º de IG)

VIH/Sida (Novos doentes em
tratamento ambulatorio)

Diagnóstico Pré-Natal:

- Protocolo I
- Protocolo II

Serviço domiciliário (visitas)

Lar – I.P.O. (dias de estadia)

Outros:

- Medicamentos de cedência
hospitalar em ambulatório
- Internos
- Incentivos institucionais
- Convergência

Valor Total do Serviço Prestado

EUR
Extenso

Isento de IVA – Art 9 n.º 2

IVA/Isenções

Processado por computador

Assinatura

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)

ANEXO III (B)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

B - Produção Cirúrgica Programada Marginal

Designação da Empresa

Nr. Factura

Sede

Pág.

Nr. Telefone

Data Emissão

Nr. Contribuinte

Capital Social

IGIF

Nr. Conservatória do Registo

Av. República, nº61, Apartado

Civil (CRC)

14052

1064 - 808 Lisboa

Nr. Contribuinte: 503045039

Período de Referência:

Linhas de Produção	Quantidade	Preço *	Valor
Episódios de internamento programados – GDH Cirúrgicos (doente equivalente) Episódios de Cirurgia de Ambulatório (doente equivalente)			

Valor Total do Serviço Prestado

EUR

Extenso

Isento de IVA – Art 9 n.º 2 IVA/Isenções

Processado por computador

* Despacho n.º 24036/2004, de 29 de Outubro, DR 2.ª Série, n.º 274 de 22 de Novembro de 2004 - Tabela de Preços relativa à Produção SIGIC

Assinatura

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)

ANEXO III (C)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
C - Produção Marginal

Designação da Empresa

Sede

Nr. Telefone

Nr. Contribuinte

Capital Social

Nr. Conservatória do Registo

Civil (CRC)

Nr. Factura

Pág.

Data Emissão

IGIF

Av. República, nº61, Apartado

14052

1064 - 808 Lisboa

Nr. Contribuinte: 503045039

Período de Referência:

Linhas de Produção	Quantidade	ICM	Preço	Valor
Episódios de internamento - GDH				
Médicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento urgentes –				
GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
GDH Médicos de Ambulatório (doente				
equivalente)				
Internamento de doentes crónicos				
(dias):				
Consultas médicas:				
• Primeiras consultas				
• Consultas subsequentes				
Urgências (atendimentos)				
Hospital de Dia (sessões):				
• Hematologia				
• Imuno - Hemoterapia				

- Doenças Infecciosas
- Psiquiatria
- Outras

Serviço domiciliário (visitas)

Lar – I.P.O. (dias de estadia)

Valor Total do Serviço Prestado

EUR

Extenso

Isento de IVA – Art 9 n.º 2

IVA/Isenções

Processado por computador

Assinatura

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)