



**MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO Nº 2/DEPAM/SEPLAN, DE 12 DE SETEMBRO DE 2025.

A DIRETORA EXECUTIVA DA SECRETARIA DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 57, §§2º e 8º, combinado com o art. 59, inciso V, todos do [Regulamento Geral do Plan-Assiste](#), ouvida a Diretoria Executiva Colegiada, resolve:

Art. 1º Orientar as Diretorias Nacionais, Diretorias e Coordenadoria Regionais e Gerências e Núcleos Estaduais do Plan-Assiste a observar o disposto nesta Instrução de Serviço.

Art. 2º Esta Instrução de Serviço tem como objetivo estabelecer orientações para a Auditoria de Contas avaliar durante a análise e execução do pagamento, conforme anexo.

Art. 3º Esta Instrução de Serviço entra em vigor na data da sua publicação.

SONIA MARCIA FERNANDES AMARAL
Diretora Executiva do Plan-Assiste/MPU

ALEXANDRE TEIXEIRA DE OLIVEIRA
Diretor de Saúde e Assistência

SANDRA PEREIRA CARRIJO
Diretora de Saúde

Este texto não substitui o [publicado no BSMPU, Brasília, DF, 10 out. 2025, p. 8.](#)

ANEXO



Ministério Público da União
Programa de Saúde e Assistência Social
Protocolo de Auditoria de Contas

1. Objetivo

Estabelecer orientações para a Auditoria de Contas do Plan-Assiste.

2. Critérios de Avaliação e Pagamento

a) Não Cabe Pagamento:

Eventos:

Sem autorização ou sem perícia nos casos exigidos (conforme termo de credenciamento ou Norma Complementar sobre o tema).

Sem comprovação da realização (laudos de exames, evolução de enfermagem, descrição cirúrgica ou boletim anestésico, laque de materiais, etc.).

Taxas e Adicionais:

Horário especial, dobras (xhtm) ou qualquer outro adicional sobre taxas.

Dobras (xhtm) aos procedimentos realizados em PS.

Refeição para acompanhante no pronto socorro, independente da condição do paciente (menor, idoso ou PCD), pois é pertinente somente na internação.

Taxa de sala para medicamentos em Pronto Socorro ou taxa de sala de emergência, quando já houver sido paga taxa de sala de observação.

Taxas para uso de pacote de curativo e bandejas, aspirador, monitor, oxímetro, capnógrafo, eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, cardiocógrafa, monitorização de glicose, desfibrilador, cadeira de rodas e colchão de água.

Ar comprimido para nebulização.

Taxa de nebulização para aplicação de medicações como aerolyn ou similares.

Anestesista, auxiliar ou instrumentador quando for aplicado o código 0.02.01.0009 - Taxa de pequeno ato médico fora do centro cirúrgico ou equivalente.

Adicional para isolamento em qualquer tipo de acomodação ou mesmo PS, quando tiver acordado códigos específicos para diárias de isolamento.

Horário especial para cirurgias eletivas, ainda que realizadas após as 19h, sábado, domingo ou feriado.

Antibioticoterapia, Imunoglobulina, Quimioterápico em Pronto Socorro, com exceção se o paciente for encaminhado para internação, comprovado quando houver solicitação de internação pelo médico assistente e registro de encaminhamento pela enfermagem.

Dois códigos referentes a taxa de sala de Quimioterapia (QT) para uma mesma aplicação (observar se o honorário pago é referente ao planejamento ou dia subsequente).

TUE - Taxa de Uso de Equipamento, considerando que a tabela adotada pelo programa contempla a UCO para a mesma finalidade.

Taxa de uso restrito hospitalar para dietas.

Preparo e manipulação das dietas.

Taxas adicionais relativas às atividades de enfermagem, tais como taxa de injeção, instalação de soro, etc, quando for realizado cobrança da taxa de sala de observação ou diárias hospitalares.

Taxas de equipamentos especiais - tais como: taxa de Eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, cardiocógrafa e desfibrilador; Monitor, Oxímetro, Capnógrafo; Aspirador; Pacote de curativo e Bandejas - quando for realizado cobrança de taxa de PS, UCO relacionada, taxa de sala de observação ou diárias.

Materiais Permanentes e Itens Inclusos em Diárias e Taxas:

Espaçador para aerolyn para pacientes acima de 6 anos.

Extensor para nebulização.

Equipos de bomba de infusão para antibioticoterapia, não será pago pois não há indicação para uso na bula da medicação.

Dispositivo de segurança dos perfurocortantes.

Dosador para medicação, copos descartáveis, bolinha de algodão.

EPI e paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luva, capote) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente.

Materiais com dispositivo de segurança (sugere-se negociar e aplicar o valor do material sem o dispositivo de segurança, conforme NR 32).

Rouparia, lençol e toalha descartável.

Materiais de higiene pessoal: absorvente higiênico, lâmina para tricotomia, haste flexível (cotonete), enxaguante bucal.

Materiais e soluções antissépticas e produtos de higiene do paciente: álcool, clorexidina, Clorohex (Spray Antisséptico), água oxigenada, detergente enzimático.

Materiais reusáveis ou de uso comum: bolsa de água quente, borracha/extensor para aspirador, termômetro, oxímetro, comadres e papagaios.

Bolinhas de algodão, eletrodo, comb red, gel para lubrificação, pas para DEA (desfibrilador), sensor de oximetria.

Aconchego, aquecedor, bacia plástica, band-aid, blusas descartáveis, bom ar, bomba para ordenha, borracha de silicone, cabo bipolar, cadeira de apoio para banho, calçados ortopédicos, camisa para micro câmera, campo cirúrgico (operatório) descartável, caneta para bisturi descartável, cânula de Guedel, capa para microscópio, chuca/chupeta, cidex, cinta ou colete lombar, cobre corpo (inclusive na taxa de necrotério), combi-red (tampa para soro), compressa cirúrgica, conexão para aspiração, bomba e pressão, conector, creme dental, Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool rodado, despesa de frigobar, dispositivo anti-trombolítico, escova de degermação, escova de dente, espéculo descartável, esponja para banho, estabilizador de tornozelo, éter benzina e tintura de iodo, faixa elástica pós-operatória (SMARCH?), filme endoscópio, filtro respirador, Fiso-Hex, povidine, fixador de tubo traqueal, fixador externo, formol, frascos para exame, gaze radiopaca, gel para biométrica, gerador de tecnécio, Germipol, gesso sintético, imobilizador, látex extensor de O2, luva para aparelho de laparoscopia, manteiga de cacau, máscara laríngea, material de banho do RN, meia elástica, meia, cinta, atadura e calça elástica, mercúrio de prata, micro por espaçador, muletas, pijama descartável, plug adaptador macho, sabonete, sandália para gesso, sandálias para gesso e palmilha para calcâneo, sensor infantil neonatal, sensor para oxímetro, seringa preenchida, tapoin, termômetros, tipoias, toalha descartável, redutor trocater, esparadrapo, micropore, tampa cone Luer.

Exceções para Pagamento de Materiais:

Cotonete: Pagar apenas para oftalmologia.

Cotonóide: Pagar apenas para neurologia.

Fraldas: Apenas quando justificado pela condição do paciente na evolução da enfermagem (em geral até 5/dia para paciente internado).

Luvas Cirúrgicas: Um par para cada membro da equipe responsável pelo procedimento, permitindo um segundo par adicional quando o tempo cirúrgico (comprovado no boletim anestésico e descrição cirúrgica) for superior a seis horas de duração.

b) Cabe Pagamento Conforme Critérios Específicos:

Instrumentador: Embora não caiba pagamento, enquanto estiver na tabela de taxas e diárias do Plan-Assiste MPU, pagar conforme tabela. Não cabe pagamento de dobras ou horário especial.

Visitas Médicas:

Paciente Cirúrgico: No período de 10 dias após a cirurgia, não há pagamento de visita. Após esse período, poderá haver 1x/dia até o 15º dia e, a partir daí, até 3x/semana. Visita no período de 10 dias, realizada por outro médico que não a equipe responsável, pode ser entendida como parecer

de especialista (se houver solicitação e justificativa do cirurgião, e comprovação de acompanhamento concomitante e não transferência de responsabilidade).

Paciente Não Cirúrgico: Seguem a regra de uma visita médica por dia ou até 3x/semana em caso de paciente crônico. Parecer de outro especialista exige pedido médico e justificativa registrada em prontuário.

Todas as visitas estão condicionadas à evolução no prontuário.

Dobras (xTHM) podem ser aplicadas conforme regra de tabela (valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, em casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em "hospital-dia" ou UTI), exceto para atos médicos do Capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos). Jamais é cabível o pagamento de horário especial.

Plantonistas: Inclusos nas diárias, não devendo ser pagos separadamente (cabe pagamento apenas para diaristas).

Polifix 2 Vias: Pagar somente quando houver infusão concomitante de medicamentos e com volume maior que 100 ml.

Torneira three hart e torneirinha 3 vias: Pagar somente em UTI quando houver infusão de múltiplos medicamentos.

Curativo preventivo: Pagar somente quando o paciente pontuar de 6 a 9 na escala de Braden (muito alto risco) e apresentar condição de imobilidade com impossibilidade de reposicionamento/mudança de decúbito realizado pela equipe, ou ainda quando já apresentar lesão por pressão, devendo estar o motivo registrado na evolução de enfermagem.

Ministério Público Federal

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
Risco Muito Alto			6 a 9 pontos	
Risco Alto			10 a 12 pontos	
Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Risco Leve			15 a 18 pontos	

Figura 2: Escala de Braden (Fatores de risco para Lesão por Pressão) – versão resumida.
Fonte: Paranhos (1999).



Colchão casca de ovo: Pagar quando paciente pontuar como risco muito alto na escala de Braden e quando o reposicionamento manual frequente não é possível (registrado na evolução de enfermagem). Pagar apenas 1 por paciente durante toda a internação, independente do tempo.

Manta para aquecimento: Pagar apenas nas seguintes situações:

Cirurgia com duração de mais de 3 horas.

Paciente com idade superior a 70 anos.

Criança menor de 5 anos.

Cirurgia com comprometimento vascular.

Paciente portador de anemia falciforme.

Sensor bis: Pagar nas seguintes situações:

Paciente com escore elevado de risco cirúrgico (estado físico 4 e 5, pela classificação ASA).

Pacientes com proposta de hipotermia intraoperatória cirúrgica e não cirúrgica.

Pacientes obesos (IMC acima de 35).

Cirurgias de monitorização neurológica intraoperatória (tireoide, mastóide, artrodeses, escolioses).

Cirurgias de emergência com instabilidade hemodinâmica.

Cirurgias de grandes variações volêmicas ou instabilidade hemodinâmica.

Cirurgias cardíacas e de carótidas.

Procedimentos de embolização cerebral e vaso carotídeo.

Procedimentos em hepatopatas.

Perneira: Pagar apenas para pacientes com risco de TEV/TEP aumentado e que apresentam contraindicação a profilaxia medicamentosa, ou nas seguintes situações:

Pacientes gestantes em uso prévio de anticoagulantes que tiveram a medicação suspensa para a realização do parto vaginal ou cesáreo, até 12 horas após.

Paciente >40 anos de idade, com pelo menos um fator de risco (no escore de Pádua) e que estejam com mobilidade reduzida (metade do dia sentados ou deitados à beira do leito, excluindo o período do sono) há, no mínimo, 3 dias.

TABELA 1 ■ Fatores de risco para tromboembolismo venoso em pacientes clínicos hospitalizados, segundo o escore de Pádua.

Neoplasia em atividade	3
TVP ou EP pregressas	3
Mobilidade reduzida	3
Trombofilia conhecida	3
Traumatismo e/ou cirurgia < 30 dias	2
Idade > 70 anos	1
ICC ou insuficiência respiratória	1
IAM ou AVCi	1
Infecção ou distúrbio reumatológico	1
IMC > 30 kg/m ²	1
Sob tratamento hormonal	1

TVP: trombose venosa profunda; EP: embolia pulmonar; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IAM: infarto agudo do miocárdio; AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico; IMC: índice de massa corpórea.

Fonte: adaptada Barbar S et al., 2010.⁹

TABELA 1 ■ Escala de Caprini para avaliação do risco de tromboembolismo venoso.

1 ponto		2 pontos		5 pontos	
Idade 41 a 60 anos	[]	Idade 61 a 74 anos	[]	AVC (< 1 mês)	[]
Cirurgia maior prévia (< 1 mês)	[]	Artroscopia	[]	Artroplastia	[]
Cirurgia menor	[]	Câncer	[]	Fratura de quadril/pelve	[]
DII	[]	Cateter venoso central	[]	Politraumatismo	[]
Doença pulmonar grave	[]	Cirurgia maior (> 45 min)	[]	TRM	[]
DPOC	[]	Imobilização gessada	[]		
Edema de MMII	[]	Laparoscopia (> 45 min)	[]		
Gravidez e pós-parto (< 1 mês)	[]	Restrição ao leito (> 72 h)	[]		
		3 pontos		Total de pontos	
Hormônio	[]	Idade > 75 anos	[]		
IAM	[]	Anticoagulante lúpico	[]		
ICC	[]	Anticorpos anticardiolipina	[]		
Obesidade	[]	Fator V de Leiden	[]		
Perda fetal/aborto	[]	História familiar de TEV	[]		
Restrição ao leito	[]	História prévia de TEV	[]	[]	
Sepse (< 1 mês)	[]	Homocisteína elevada	[]		
		Protrombina 20210A	[]		
Varizes	[]	TIH	[]		
Outros	[]	Outros	[]		

DII: doença intestinal inflamatória; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; MMII: membros inferiores; IAM: infarto agudo do miocárdio; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; TEV: tromboembolismo venoso; TIH: trombocitopenia induzida por heparina; AVC: acidente vascular cerebral; TRM: traumatismo raquimedular.

Fonte: adaptada de Caprini JA, 2010.¹³

Ministério Público Federal

Transfix: Pagar somente para lavagem de cavidades em procedimentos cirúrgicos e curativos complexos que necessitem de um volume grande de irrigação.

Nutrólogo na internação:

Realizar o pagamento do honorário somente quando o paciente estiver com dieta NPT (parenteral).

Demais dietas não paga, pois o custo já está previsto na consulta para o nutricionista ou prescrição do médico assistente.

Poderá ser autorizado 1 avaliação por dia, até o 10º dia. A partir de então, até 2 vezes por semana.

Fonoaudiologia na internação: Apenas quando o paciente apresentar alteração na deglutição.

Taxa de registro e expediente em PS:

Taxa de registro e Expediente em Pronto Socorro (PS), quando o atendimento for exclusivamente para consulta médica e nebulizações subsequentes no mesmo paciente

Apenas quando houver outros procedimentos realizados no PS, além de consulta e nebulizações.

Será paga apenas 1 vez por paciente por data.

Para o pagamento, é necessária a guia com a assinatura do médico e do beneficiário e a prescrição médica para o procedimento que justifique o pagamento da taxa.

Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados; na falta do mesmo, não caberá pagamento.

Sobre a taxa, não cabe o pagamento de horário especial, dobras ou qualquer outro adicional.

Consulta em pronto socorro:

Para o pagamento, é necessária a guia com a assinatura do médico e do beneficiário.

O horário especial será pago apenas em casos de urgência e emergência nos horários definidos na tabela (conforme TABJUDMPU ref 2024, de 19h às 7h e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados).

O horário especial é aplicado apenas às consultas e outros honorários médicos; em nenhuma situação devem ser aplicadas dobras (xhtm) aos procedimentos realizados em PS.

Será paga apenas 1 consulta em PS por paciente por data.

Não cabe o pagamento de consulta para revisão de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, retirada de pontos, retirada de gesso e outros.

Não cabe o pagamento concomitante de consulta e de códigos cirúrgicos para honorário médico.

Em situações em que houver pedido de parecer de outra especialidade, caberá o pagamento do código de parecer.

Para pacientes que retornam no mesmo dia ou em período subsequente com queixas relacionadas à patologia inicial, não será remunerada uma nova consulta nem será cobrada uma nova taxa de registro. Esta regra também se aplica em caso de mudança de plantão.

Se houver justificativa técnica para a reconsulta no retorno ao Pronto-Socorro no mesmo dia (como agravamento do quadro clínico, necessidade de consulta com outra especialidade, entre outros), será devido o pagamento da consulta e da taxa de registro, caso haja a realização de procedimentos.

Taxa de sala de observação:

Apenas quando houver necessidade de observação médica e de enfermagem registradas na evolução.

Quando houver prescrição de medicamentos, só é cabível o pagamento quando for prescrita a infusão de medicamentos endovenosa (EV) com volume superior a 100ml.

Para o pagamento, é necessário apresentar a evolução de enfermagem evidenciando o horário de admissão e alta do paciente e os procedimentos realizados.

Conforme a tabela de taxas e diárias da TABJUDMPU, a taxa é paga pelo período, havendo um valor único para a permanência de até 6h. A partir de 6 horas, é cobrado por cada hora (R\$9,47) até 12 horas, quando o paciente pode ir para a internação.

Não será aplicada quando:

Houver somente a consulta médica.

Para procedimentos de enfermagem ambulatoriais (Ex: curativos, troca de sondas, aplicação de medicamentos oral ou IM, lavagem gástrica, entre outros).

Para Quimioterapia.

Para pacientes que estão aguardando resultado de exames e para pacientes que evoluírem para internação e não tenham feito uso de medicação.

Recomenda-se acordar com os prestadores que, quando for realizado o pagamento da taxa sala de observação, não serão pagas as outras taxas de atividades de enfermagem (taxa de injeção, instalação de soro, etc.), pois a taxa de sala contempla a utilização de recursos e insumos essenciais.

Day clinic:

Não há previsão para Day Clinic na emergência (reservado para pequenos procedimentos cirúrgicos, observação até 12 horas; não pago para exames como endoscopia/colonoscopia, nem no PS).

Após o período de 12h, caberá o pagamento de uma diária de alojamento conjunto (não há previsão contratual para internação em enfermaria; pagamento de apartamento tipo B somente com acomodação de fato nesse tipo).

Taxa de gesso ou taxa de sala de gesso:

Será paga em caso de colocação de gesso.

Para o pagamento, é necessário o pedido médico assinado e carimbado ou com assinatura digital que indique o número do CRM.

NÃO será remunerada quando:

Imobilizações descartáveis, reutilizáveis, plásticas e sintéticas.

Procedimentos de imobilização provisória ou não gessada (enfaixamentos), tipoias.

Não cabe o pagamento da taxa de serra elétrica para retirada de gesso.

Recomenda-se o não pagamento da taxa de retirada do gesso ou não gessada (sugere-se exclusão desses itens na tabela).

Taxa de imobilização provisória ou não gessada:

Para o pagamento, é necessária a prescrição médica.

Não será remunerada a taxa de retirada da imobilização provisória (sugere-se exclusão desses itens na tabela).

Taxa de instalação de soro com equipamento:

Para o pagamento, é necessária a apresentação da prescrição médica, da evolução e checagem pela enfermagem.

Deve ser cobrada somente na instalação do primeiro soro (apenas uma taxa por paciente).

Sugere-se o não pagamento concomitante com a taxa de qualquer tipo de sala (observação, pequeno ato, etc.), pois se entende que está inclusa nos serviços de enfermagem que compõem a taxa de sala.

Taxa de injeção:

Pagamento realizado em Ambulatório ou Pronto Socorro.

Pagamento por aplicação. Para medicações EV, paga-se apenas uma vez, independente da quantidade de drogas infundidas. Para medicações IM, paga-se por aplicação.

Sugere-se o não pagamento:

Da taxa de injeção para medicação EV, quando houver o pagamento da taxa de instalação de soro.

Concomitante com a taxa de qualquer tipo de sala (observação, pequeno ato, ou diária de internação etc.), pois se entende que está inclusa nos serviços de enfermagem que compõem a sala.

Para o pagamento, é necessária a apresentação da prescrição médica, da evolução e checagem da enfermagem.

Taxa de sondagem gástrica, retal e vesical:

Para o pagamento, é necessária a prescrição médica, evolução e checagem de enfermagem.

Taxa de lavagem gástrica, lavagem intestinal, lavagem e aspiração traqueal:

Visa cobrir os gastos com a passagem da sonda.

Esvaziamento manual de megacólon:

Para pagamento, deve ser apresentada a prescrição médica, a evolução e checagem da enfermagem. Pago por sessão.

Referencial para cobrança de medicamentos:

Atrovent e Berotec: Será pago em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 (um) mililitro.

Xylocaína líquida: Será pago por ml.

Xylocaína gel: Será pago em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).

Antineoplásicos: Conforme ANVISA, fica definido o fracionamento de medicamentos, que deverá ser fornecido segundo as necessidades do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento será proporcional à quantidade fracionada, utilizada.

Cateter venoso central de curta permanência (tipo Intracath®)	Uso individual. Deverá ser retirado assim que terminar sua indicação médica, apresentar mau funcionamento ou sinais sugestivos de infecção. Não realizar troca préprogramada dos cateteres centrais.
Cateter Venoso Central de Longa Permanência Semi-Implantável ou Tunelizado	Uso individual. Deverá ser retirado assim que terminar sua indicação ou apresentar mau funcionamento ou sinais sugestivos de infecção. Sem indicação de troca programada, podendo permanecer por meses ou anos.
Cateter Venoso Central de Longa Permanência Semi-Implantável ou Tunelizado	Uso individual. Deverá ser retirado assim que terminar sua indicação ou apresentar mau funcionamento ou sinais sugestivos de infecção. Sem indicação de troca programada, podendo permanecer por meses ou anos.
Cateter nasal tipo óculos	Uso individual. Trocar a cada 7 dias no mesmo paciente ou em período inferior, quando na presença de sujidade visível ou mau funcionamento.
Cateter umbilical	Uso individual Arterial: 5 dias Venoso: 7 a 14 dias
Conectores sem agulha, cânulas/torneirinhas	Uso individual. Trocar os conectores junto com o sistema de infusão.
Cateteres arteriais periféricos e dispositivos de monitoramento de pressão (P.A.M)	Uso individual. Não trocar rotineiramente os cateteres arteriais periféricos. Utilizar transdutores descartáveis para a monitorização da pressão arterial invasiva. Trocar esses transdutores a cada 96 horas, juntamente com os seus acessórios e soluções para flush.

3. Documentação

A documentação essencial para a análise e execução do pagamento inclui, mas não se limita a:

Prescrição Médica: Com assinatura, carimbo ou assinatura digital e número do CRM do médico.

Evolução e Checagem de Enfermagem: Detalhando os procedimentos realizados e o acompanhamento do paciente.

Guia de Atendimento: Com assinatura do médico e do beneficiário, quando aplicável.

Laudos de Exames: Para comprovação da realização de procedimentos diagnósticos.

Descrição Cirúrgica ou Boletim Anestésico: Para comprovação de procedimentos cirúrgicos e seus detalhes (e.g., tempo cirúrgico para luvas).

Lacre de Materiais: Quando exigido para comprovação de uso.

Registro de Horários: Admissão e alta do paciente em prontuário ou guia de atendimento para taxas de permanência (e.g., Sala de Observação, Taxa de Registro e Expediente em PS).

Justificativa Técnica: Para reconsultas, pareceres de especialistas, uso de fraldas ou outras condições específicas que demandem pagamento diferenciado.

5. Considerações Finais

Este Protocolo visa orientar e padronizar os procedimentos de auditoria de contas do Plan-Assiste, garantindo a transparência, a equidade e a conformidade com a legislação vigente e as normas do CFM e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A efetividade das presentes orientações depende da observância por todas as Diretorias Nacionais, Diretorias e Coordenadorias Regionais e Gerências e Núcleos Estaduais do Plan-Assiste.

Ministério Público Federal