



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
1ª COMPANHIA DE INFANTARIA  
(1ª Companhia Independente de Fuzileiros/1954)**

**ANEXO II**

**TABELAS REFERENCIAIS  
(REFERENCIAL DE CUSTOS)**

**1. APRESENTAÇÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS**

- 1.1 Este Instrumento está vinculado ao processo administrativo **NUP Nº 64429.001518/2020-74 – Inexigibilidade de Licitação nº 01/2020** e objetiva basilar o regramento e discriminar as tabelas, índices, valores e conceituações dos Serviços Médico – Hospitalares, Terapias e Exames Complementares, Serviço de Home Care, serviço de evacuação por UTI móvel e serviços odontológicos para o Credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), tendo como entidade credenciadora a 1ª Companhia de Infantaria, sediada na guarnição de Paulo Afonso-BA.
- 1.2 Os serviços definidos neste instrumento, bem como os valores, materiais e demais definições serão estruturados, no que couber, nos Termos de Credenciamento/Contratos respectivos, atribuídos a cada OCS/PSA.
- 1.3 Os serviços e respectivos valores poderão ser contratados na forma de pacotes previstos neste Referencial de Valores de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos outros capítulos deste Instrumento.
- 1.4 Os procedimentos relacionados como “pacote”, contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, materiais especiais, medicamentos, taxas, e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote. Os honorários médicos em geral não estarão inclusos nos pacotes, exceto em casos específicos discriminados nos mesmos.
- 1.5 Para todos os serviços aqui acordados, faz-se necessária, para sua cobrança, a anexação da Guia de Encaminhamento emitida pelo FuSEx, o pedido médico emitido por profissional da 1ª Cia Inf ou quando emitido por profissional não pertencente ao quadro do Exército, este pedido deve ser homologado pela Comissão de Auditoria Médica da 1ª Cia Inf. Em situações de urgência / emergência, será emitido pela Unidade Gestora da 1ª Cia Inf, uma Guia de Encaminhamento Posterior, após a entrega do Comunicado de Atendimento de Urgência/Emergência, pelo beneficiário, após ser realizada uma auditoria concorrente/posterior na primeira oportunidade.
- 1.6 Os procedimentos médicos, em geral, serão cobrados em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 5ª Edição(2009), com UCO de R\$12,50, exceto os especificados em particular neste Referencial.
- 1.7 A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).
- 1.8 Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado como uma nova consulta.
- 1.9 Se porventura este retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão

diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e dessa forma ser remunerada.

- 1.10 Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão ser cobradas.
- 1.11 Medicamentos e Radiofármacos serão pagos de acordo com a tabela BRASÍNDICE referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e na coluna referente ao ICMS do estado Bahia. Para os medicamentos de uso restrito hospitalar, serão pagos conforme a tabela BRASÍNDICE na coluna do Preço de Fábrica (PF), acrescido de margem de comercialização de 18% (dezoito por cento), exceto nos casos onde existir a isenção do ICMS (por exemplo, com alguns medicamentos em oncologia). De uma forma geral será pago o medicamento genérico, de menor valor, pela tabela BRASÍNDICE.
- 1.12 Para os materiais descartáveis será utilizada a tabela SIMPRO plena.
- 1.13 Para medicamentos e/ou materiais de alto custo, considerando valores acima de R\$ 300,00, será necessária autorização do auditor FuSEx.
- 1.14 Para os filmes radiológicos serão pagos conforme valores recomendados pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.
- 1.15 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) serão pagos conforme o fornecimento de 03 (três) orçamentos por fornecedores diferentes, que serão submetidos a lisura/auditoria prévia, e após autorizados, serão pagos à credenciada conforme **Nota Fiscal**, acrescida de margem de comercialização de, no máximo, 20%, segundo negociação da equipe de auditoria da UG-FuSEx da 1ª Cia Inf. Para a análise do orçamento será exigido o descritivo do material com os respectivos códigos de registro na ANVISA, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da empresa fornecedora.
- 1.16 A qualquer momento poderá ser solicitada a Nota Fiscal de Aquisição das OPME, para análise do médico auditor da Unidade Gestora Fusex e do Escalão Superior, objetivando não permitir que a empresa Credenciada aufera lucro em cima das OPME, contrariando as normas presentes nos art.58 e 69 do Código de Ética Médica(Resolução CFM nº 1.931/09) na prestação do serviço contratado.
- 1.17 A 1ª Cia Inf também se reserva ao direito de adquirir a OPME por meio de pregão eletrônico, ficando a cargo da contratada somente a cobrança de taxa de esterilização, quando for o caso e em valor justo acordado entre as partes, não podendo este ultrapassar 20% do valor da nota fiscal da OPME.
- 1.18 Serão considerados materiais especiais aqueles com valor unitário igual ou superior a R\$300,00 (trezentos reais).
- 1.19 Para comprovação do uso de OPME deverá ser apresentado na fatura:
  - 1.19.1 Descritivo da cirurgia com a listagem dos materiais utilizados sendo validado pelo carimbo e assinatura do médico assistente;
  - 1.19.2 Invólucros originais com código de barras (para rastreamento);
  - 1.19.3 Nos materiais apresentados em caixas (em geral na ortopedia) anexar o invólucro da caixa e a película radiológica ou a digitalização da imagem;
  - 1.19.4 Nos procedimentos de radiologia intervencionista e de hemodinâmica, anexar o CD com o “filme” do procedimento (nos casos de conta aberta) sempre que solicitado pelo credenciante;

**1.19.5** Apresentar junto a fatura a nota fiscal com os itens cobrados nominal ao paciente, com os mesmos códigos referidos nos invólucros e no orçamento.

**2. OBJETO CONTRATUAL.** Os serviços a serem prestados restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FUSEX, PASS e Ex-Cmb, aos seus BENEFICIÁRIOS, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento dos atendimentos: eletivo, atendimento de urgência e emergência, atendimento em reabilitação física e psicológica, bem como o fornecimento e utilização de todos os recursos necessários à prevenção da doença e à recuperação da saúde dos BENEFICIÁRIOS. **ABRANGE OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS:**

**2.1 HOSPITAL GERAL, COM AS SEGUINTE ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS:**

**2.1.1** Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;

**2.1.2** As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anestesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia (radioterapia para próstata), cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico-cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva (cpre), fisioterapia; fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria e gerontologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, imagenologia (raios-X simples e contrastado, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia e ressonância magnética), infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, terapia ocupacional, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, quimioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia e urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia;

**2.1.3** As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o Termo de Credenciamento decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

**2.1.4** Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e de Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos com disponibilidade para atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da OCS a ser credenciada;

**2.1.5** Pronto-Socorro Geral para atendimento dos casos de urgência e emergência;

**2.1.6** Poderão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, neurologia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral e ortopedia;

**2.1.7** As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o Termo de Credenciamento decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

**2.1.8** Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais solicitados pelos beneficiários de que trata este Edital;

**2.1.9** Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.1.10** O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade física funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador

de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

**2.1.11** O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

**2.1.12** Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.1.13** Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.1.14** Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

## **2.2 HOSPITAL GERAL COM MATERNIDADE, COM AS SEGUINTEES ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS:**

**2.2.1** Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;

**2.2.2** As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anestesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia (radioterapia para próstata), cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca-hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico-cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva (cpre), fisioterapia; fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria e gerontologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, imagiologia (raios-X simples e contrastado, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia e ressonância magnética), infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, terapia ocupacional, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, quimioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia e urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia;

**2.2.3** As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o Termo de Credenciamento decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

**2.2.4** Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por imagem, todos esses com disponibilidade de atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da OCS a ser credenciada;

**2.2.5** Pronto-Socorro Geral para atendimento de casos de urgência e emergência;

**2.2.5.1** Poderão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, neonatologia e ortopedia;

**2.2.5.2** As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o Termo de Credenciamento decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

**2.2.6** Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos

eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.2.7** Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.2.7.1** O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade física funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

**2.2.8** O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

**2.2.9** Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e Unidade de Tratamento Semi-intensivo Neonatal (UTSIN);

**2.2.10** Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.2.11** Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.2.12** Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.2.13** Centro Obstétrico com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.2.14** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

### 2.3 HOSPITAL MATERNIDADE, COM AS SEGUINTEES ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS:

**2.3.1** Atendimento médico hospitalar nas especialidades de Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia;

**2.3.2** Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos estes com disponibilidade de atendimento durante 24 (vinte e quatro) horas por dia nas instalações da OCS a ser credenciada;

**2.3.3** Pronto-Socorro para atendimento dos casos de urgência e emergência, com a presença contínua de equipe médica nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

**2.3.4** O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem 2.2.8, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD; e,

**2.3.5** Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e

Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Neonatal (UTSIN).

2.4 COOPERATIVA(S) DE TRABALHO MÉDICO em condições de prestar atendimento médico hospitalar, com exercício de atividades em caráter regular, vinculada(s) ao(s) Hospital(is) que venham a ser credenciado(s), no(s) qual(is) a Cooperativa em questão preste serviço.

**2.4.1** A contratação de cooperativa deverá observar os seguintes impedimentos:

2.4.1.1 O médico cooperado não poderá possuir qualquer vínculo com o hospital credenciado, à exceção de vínculo de natureza estatutária, consubstanciado em diretoria sem subordinação ou participação societária;

2.4.1.2 O médico cooperado não poderá ser subordinado à administração do hospital credenciado, por exemplo, quanto à definição de escala de trabalho, controle de frequência, *ET cetera*;

2.4.1.2.1 A definição da escala de trabalho ocorrerá entre a administração hospitalar e a cooperativa;

2.4.1.2.2 A indicação do médico prestador de serviço dar-se-á por parte da cooperativa, sem que o hospital credenciado possa indicar ou recusar determinado profissional.

2.4.1.3 O hospital credenciado não poderá realizar pagamentos, ou outras transferências a que título for, diretamente, para os médicos cooperados.

2.5 HOSPITAL(IS) OU CLÍNICA(S) OFTALMOLÓGICA(S), ATENDENDO ÀS SEGUINTEES ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS:

**2.5.1** Consulta padrão, conforme prevê a Associação Médica Brasileira (AMB);

**2.5.2** Procedimentos diagnósticos básicos; a saber: curva tensional diária, campimetria, mapeamento de retina, retinografia, "fonometria e visão subnormal; e;

**2.5.3** Procedimentos terapêuticos nas áreas de conjuntiva, córSWanea, câmara anterior, cristalino, vítreo e retina.

2.6 HOSPITAL(IS) OU CLÍNICA(S) PSIQUIÁTRICA(S), ATENDENDO ÀS SEGUINTEES ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS:

**2.6.1** Serviço de urgência e emergência durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, com presença física de médico especialista em psiquiatria;

**2.6.2** Disponibilidade de acomodações adequadas para os pacientes, em ambiente individual ou coletivo e, ainda, isolamento para casos selecionados;

**2.6.3** Equipe multidisciplinar composta por médico clínico, neurologista, psicólogo e terapeuta ocupacional;

**2.6.4** Suporte de Laboratório de Análises Clínicas para os casos em que houver necessidade;

**2.6.5** Enfermagem especializada em remoção domiciliar, caso necessário; e

**2.6.6** Unidade para tratamento de dependentes químicos, separada das alas de doentes psiquiátricos.

2.7 CLÍNICA(S) DE ESPECIALIDADE(S) MÉDICAS, ABRANGENDO OS SEGUINTEES SERVIÇOS:

**2.7.1** Diagnósticos Cardiológicos;

- 2.7.1.1 Tratamento Nefrológico;
- 2.7.1.2 Cardiologia Fetal;
- 2.7.1.3 Diagnósticos Gastroenterológicos;
- 2.7.1.4 Diagnósticos Otorrinolaringológicos;
- 2.7.1.5 Diagnósticos Neurológicos;
- 2.7.1.6 Tratamento por Quimioterapia;
- 2.7.1.7 Tratamento por Radioterapia.

**2.7.2 Tabela de valores para as especialidades clínicas médicas:**

<b>Tipo de Atendimento</b>	<b>Valor R\$</b>
Consulta em geral no consultório ou pronto socorro	100,00
Puericultura	105,00
Consulta em consultório(Mastologia, Hematologia, Neurologia, Pneumatologia, Oncologia Clínica e Cirúrgica)	120,00
Consulta médica de difícil contratação	120,00
Consulta médica (Anestesia)	88,79

**2.8 CLÍNICA(S) DE ESPECIALIDADE(S) ODONTOLÓGICA, ABRANGENDO OS SEGUINTE(S) SERVIÇOS:**

**2.8.1** Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Dentística, Endodontia, Estomatologia, Implantodontia, Odontopediatria, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Periodontia, Prótese Dentária, Radiologia Odontológica e Tratamento Odontológico a Pacientes Especiais que necessitam de assistência anestésica conduzida por médico, devidamente reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia e regulamentadas por lei.

**2.8.2** Os procedimentos odontológicos previstos na legislação vigente e **autorizados** pelo Sistema de Saúde do Exército, terão como referência para pagamento a Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos:

Categorias de Serviços	Código
0 -Diagnóstico	100-490
1 - Prevenção	500-590
2 - Odontopediatria	600-890
3 - Dentística	900-1990
4 -Endodontia	2000-2990
5 - Periodontia	3000-3990
6 - Prótese	4000-4990
7 - Cirurgia	5000-5990
8 - Ortodontia	6000-6990
9 - Radiologia	200-390

<b>100-490</b> <b>100-190</b>	<b>Diagnóstico</b> <b>Exame Clínico</b>	<b>CR DF</b>	<b>Valor (R\$)</b>
140	Falta a Consulta	0122-33	39,78

OBS: Urgência Noturna = dias úteis de 22:00 hs às 06:00 hs

<b>200-390</b>	<b><i>Radiologia</i></b>	<b><i>CR DF</i></b>	<b><i>Valor (R\$)</i></b>
210	Periapical	0025-97	8,44
220	Interproximal (Bite-Wing)	0025-97	8,44
230	Oclusal	0058-18	18,91
240	Rx Postero-Anterior	0128-06	41,64
250	Rx da ATM Série Completa (três incidências)	0244-94	79,66
260	Panorâmica	0116-28	37,81
270	Telerradiografia Com Traçado Computadorizado	0155-55	50,59
280	Telerradiografia Sem Traçado Computadorizado	0128-00	41,62
290	Rx da Mão (Carpal)	0139-21	45,27
300	Modelos Ortodônticos (par)	00135-5	44,08
310	Slides (unidade)	0024-58	7,44
320	Fotografia (unidade)	0024-03	7,81
<b>400-490</b>	<b><i>Testes e Exames de Laboratórios</i></b>	<b><i>CR DF</i></b>	<b><i>Valor (R\$)</i></b>
410	Teste de Risco de Cárie, ph, Capac. Tampão ou Fluxo Salivar	0096-67	31,43

OBS: Valor individual para cada tipo de teste

<b>500-590</b>	<b><i>Prevenção</i></b>	<b><i>CR DF</i></b>	<b><i>Valor (R\$)</i></b>
510	Profilaxia: Polimento coronário (quatro hemiarcadas)	0140-88	45,89
520	Orientação de Higiene Bucal	0100-00	32,52
530	Aplicação Tópica de Flúor (excluindo profilaxia)	0080-43	26,76
540	Controle de Placa Bacteriana (por sessão).	0079-79	25,94
550	Trat.de Gengivite–Terapêutica básica (2 hemiarcadas)	0184-55	60,02

OBS: Procedimento realizado pelo clínico geral e todas as áreas de especialidades.

<b>600-890</b>	<b><i>Odontopediatria</i></b>	<b><i>CR DF</i></b>	<b><i>Valor (R\$)</i></b>
610	Aplicação Tópica de Flúor-Verniz (4 hemiarcadas)	0085-64	27,84



620	Aplicação de Selante (por elemento)	0088-91	28,91
630	Aplicação de Selante-Técnica invasiva (por elemento)	0104-18	33,88
640	Aplicação de Cariostático-1 sessão (4 hemiarcadas)	0081-40	26,47
650	Remineralização - Fluorterapia (quatro sessões)	0080-79	26,27
660	Adequação do Meio Bucal c/ Ionômero de Vidro (por hemiarcada)	0163-76	53,27
670	Adequação do Meio Bucal Com IRM (por hemiarcada)	0163-36	53,13
680	Restauração de Ionômero de Vidro (1 face)	0146-60	47,68
690	Restauração Preventiva (ionômero + selante)	0148-94	48,43
710	Pulpotomia	0193-76	63,01
720	Tratamento Endodôntico em Decíduos	0353-76	115,06
730	Exodontia de Dentes Decíduos	0111-03	36,10
740	Mantenedor de Espaço	0516-67	168,04
750	Placa de Mordida	0431-82	140,15
760	Plano Inclinado	0437-45	142,34
770	Condicionamento em Odontopediatria (por sessão, máximo 2)	0117-15	38,10
780	Ulotomia	0180-46	58,69
790	Ulectomia	0194-03	63,10
800	Restauração Temporária	0114-67	37,29

OBS: A Remineralização (fluorterapia) será realizada de acordo com a avaliação do risco de cárie, do paciente. Em média 4 sessões de flúor.

<b>900-1990</b>	<b>Dentística</b>	<b>CR DF</b>	<b>Valor (R\$)</b>
910	Restauração de Amálgama - 1 face	130-06	43,30
920	Restauração de Amálgama - 2 faces	0163-42	53,15
930	Restauração de Amálgama - 3 faces	.0191-88	62,40
940	Restauração de Amálgama - 4 faces	0235-00	76,43
950	Restauração de Amálgama Pin	0248-61	80,85
960	Rest. Resina Fotopolimerizável-Clas I, V ou VI	0157-00	51,06
970	Rest. Resina Fotopolimerizável - Clas III	0165-52	53,83
980	Rest. Resina Fotopolimerizável - Clas II ou IV	0234-91	76,40
990	Faceta em Resina	0262-36	85,39
1000	Núcleo de Preench. em Ionômero de Vidro	0157-61	51,25
1010	Núcleo de Preench. Res. Fotopolimerizável	0199-73	64,96

1020	Núcleo de Preenchimento em Amálgama	0200-27	65,14
1030	Ajuste Oclusal (por sessão)	0159-18	51,77
1040	Retentor Intrarradicular	0423-46	137,74
1050	Clareamento de Dente Vitalizado	0101-12	32,88
1070	Clareamento dental com moldeira de uso caseiro para dentes vitalizados e desvitaliza por arcada	0664-61	216,18
1090	Restauração Temporária	0114-67	37,29
1100	Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida a 35% por dente	0469-79	152,81
<b>2000-2990</b>	<b><i>Endodontia</i></b>	<b><i>CR DF</i></b>	<b><i>Valor (R\$)</i></b>
2010	Tratamento Endodôntico de Incisivo / Canino	0467-71	151,97
2020	Tratamento Endodôntico de Pré-Molar	0554-79	180,46
2030	Tratamento Endodôntico de Molar	0898-91	292,40
2040	Retratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	0504-03	163,95
2050	Retratamento Endodôntico de Pré-Molar	0692-42	225,23
2060	Retratamento Endodôntico de Molar	1174-09	381,93
2070	Tratamento de Perfuração	0322-36	104,85
2080	Remoção de Núcleo Intrarradicular (p/ elem.)	0283-30	92,15
2090	Capeamento Pulpar (excluindo restaur. final)	0170-12	55,32
2100	Pulpotomia	0196-36	63,87
2110	Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida a 35% por dente	0469-79	152,81
2120	Preparo Para Núcleo Intrarradicular	0129-00	62,92
2130	Trat. Dentes c/Rizogênese Incompleta (por sessão)	0193-46	66,83
2140	Urgência Endo.-Pulpect. (indep. da seq. do tratamento)	0205-00	142,61
2150	Apicetomia de Caninos ou incisivos	0438-50	163,43
2160	Apicetomia de Caninos ou incisivos c/obturaçãoretrograda	0502-50	169,08
2170	Apicetomia de pré-molares	0519-82	190,77
2180	Apicetomia de pré-molares c/obturaçãoretrograda	0586-52	195,61
2190	Apicetomia de Molares	0601-36	217,30

2200	Apicetomiade Molares c/obturaçãoretrógrada	0668-06	72,19
2210	Remoção de Corpo Estranho Intracanal p/ Conduto	0221-94	82,75
2220	Curativo de Demora	0254-40	37,29
2230	Reembasamento Provisório	0086-33	5,16
2240	Restauração Temporária	0114-67	63,00
<b>3000 – 3990</b>	<b>PERIODONTIA</b>	<b>CR DF</b>	<b>Valor (R\$)</b>
3010	Trat. Não Cirúrg. Periodont.e Leve (p/ Seg.) Baixo Risco	0166-55	54,16
3020	Trat. Não Cirúrg. Periodontite Moder. (p/ seg.) Méd. Risco	0193-73	63,00
3030	Trat. Não Cirúrg. Periodontite Grave (p/Seg.) Alto Risco	0224-94	73,16
3040	Tratamento deProcessoAgudo (p/ sessão)	0198-88	64,68
3050	Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	0079-79	25,94
3060	Dessensibilização Dentária (por segmento)	0101-21	32,92
3070	Imobiliz. Dentár. c/Res. Fotopolimerizável (3 dent.)	0276-21	89,85
3080	Ajuste Oclusal (por sessão	0159-18	51,77
3090	RemoçãodeFatores de Retenção	0155-33	50,52
3100	Placa de Mordida Miorrelaxante	0438-46	142,62
3110	Proservação Pré-Cirúrgica (por segmento)	0152-58	49,63
3120	Gengivectomia (por segmento)	0347-18	112,93
3130	Cirurgia Retalho (por segmento)	0371-46	120,82
3140	Sepultamento Radicular (por raiz)	0367-36	119,49
3150	Cunha Distal (p/ elemento)	0344-21	111,96
3160	Extensão deVestíbulo ( por segmento)	0382-06	124,27
3170	Enxerto Pediculado (por elemento)	0366-10	119,08
3180	Enxerto Livre (por elemento)	0434-06	151,99

3190	Enxertoconjuntivosubepitelial(p/ elemento)	0434-85	141,43
3200	Frenectomia ou Bridectomia	0312-40	101,61
3210	Odonto-Secção (por elemento)	0354-27	115,23
3220	Amput. Radicular s/ Obturação Retrogada - por raiz	0443-88	144,38
3230	Amput. Radicular c/ Obturaç. Retrogada - por raiz	0508-46	165,39
3240	Manutenção do Tratamento Cirurgico	0159-21	51,79
3250	Trat. Period. de Manut. p/ Periodontite Leve 6 em 6 meses	0395-33	128,59
3260	Trat. Period. de Manut. p/ Periodontite Moderada 4 em 4 m	0395-33	128,59
3270	Trat. Period. de Manut. p/ Periodontite Grave 2 e 2 meses	0395-33	128,59
3280	Aumento de Coroa Clínica (p/ elemento)	0358-27	116,53
3290	Trat. Regenerativocom usodeBarreira	1102-88	358,75
3300	Trat. Regenerativo com enxerto de osso autógeno	0708-94	230,60
3310	Trat. Regenerativocom materiais enxertantes	1057-71	344,08
3320	Manut. do Trat. Cirúrg. Relacionada a Procedimento Regenerativo (p/ sessão) totalizando 4sessões	0159-21	51,78
3330	Restauração Temporária	0114-67	37,29
3340	Diagnóstico da Halitose	0538-64	157,20
3350	Tratamento da Halitose	1732-15	563,49
	OBS:Item 3010 – Bolsasde até 4mm. /Item 3020- Bolsas acima de 4 mm até 6 mm Item 3030 – Bolsas acima de 6mm. / Cada Arcada Tem Três Segmentos		
<b>5000 – 5990</b>	<b>CIRURGIA</b>	<b>CR DF</b>	<b>Valor (R\$)</b>
5010	Exodontia (por elemento)	0191-79	62,38
5020	Exodontia a Retalho	0248-12	62,13
5030	Exodontia (raiz residual)	0194-82	63,37
5040	Alveoloplastia ( porsegmento)	0262-97	85,53
5050	Ulotomia	0175-76	57,16
5060	Biópsia	0266-10	86,55

5070	Sulcoplastia (por elemento)	0290-15	94,38
5080	Cirurgia Para Torus Palatino	0343-36	111,68
5090	Cirurgia Para Torus Mandibular - Unilateral	0275-40	89,58
5100	Cirurgia Para Torus Mandibular - Bilateral	0416-67	135,53
5110	Apicetomia de Caninos ou Incisivos	0438-50	142,62
5120	Apicetomia de Caninos ou Incisivos - Com obturação retrógrada	0502-50	163,45
5130	Apicetomia de Pré-Molares	0519-82	169,08
5140	Apicetomia de Pré-Molares - Com obturação retrógrada	0586-52	290,77
5150	Apicetomia de Molares	0601-37	195,61
5160	Apicetomia de Molares - Com obturação retrógrada	0668-06	217,30
5170	Frenectomia ou Bridectomia	0312-40	101,61
5180	Remoção de Dentes Inclusos ou Impactados	0465-67	151,47
5190	Cirurgia de Tumores Intra-Ósseos	0466-40	151,77
5200	Tratamento de Lesão Cística (enucleação)	169,15	
5210	Trat. de Lesão Cística (marzupialização e enucleação final)	0601-58	195,68
5220	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	0574-40	186,84
5230	Trat. Cirúrgico de Fístula Buco-Sinusal / Buco-nasal c/ Retalho	0465-67	151,47
5240	Excisão de Glândula Sublingual	1051-24	341,98
5250	Excisão de Glândula Submandibular	1051-24	314,98
5260	Excisão de Glândula Parótida	1703-61	554,20
5270	Excisão de Rânula	1132-80	368,50
5280	Excisão de Tumor de Glândula Salivar	1051-24	341,98
5290	Retirada de Cálculo Salivar	0426-06	138,60
5300	Excisão de Mucocele de Desenvolvimento	0290-15	94,38
5310	Drenagem de Abscesso	0157-00	51,07
5320	Ulectomia	0194-03	90,12
5330	Sinusotomia	0480-00	156,14
5340	Plástico do Canal de Stenon	0890-91	289,81
5350	Palato-labioplastia Bilateral	1074-18	349,44
5360	Tratamento Cirúrgico do Lábio Leporino	0836-36	272,07
5370	Reconstr. Parcial	0836-36	272,07

	doLábioTraumatizado		
5380	Reconstr.Totalde LábioTraumatizado	1200-00	390,37
5390	Redução Cirúrgica de Luxação deATM	0818-18	266,16
5400	Trat. Cirúrg.p/Anquilose deATM (por lado)	1363-64	443,73
5410	Trat. Cirúrg.p/Osteomielite dos Ossos Face	1018-18	331,22
5420	Excisão de Sutura de Lesão da Boca c/ Rot. de Retalho	1109-09	360,49
5430	Suturas Simples de Face	0181-82	59,14
5440	Suturas Múltiplas de Face	0276-36	89,89
5450	Maxilectomia c/ous/Esvaziamento Orbitário	1090-91	354,88
5460	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb.p/ Prognatismo	1893-94	616,12
5470	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb.p/Micrognatismo	1893-94	616,12
5480	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb.p/Laterognatismo	1893-94	616,12
5490	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort I	1363-64	443,61
5500	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort II	1954-55	635,83
5510	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort III	2318-18	786,95
5520	Reconstr.Total de Mandíb.c/Enxerto Ósseo/Prótese	2818-18	916,78
5530	Reconstr.Parcial de Mandíb.c/Enxerto Ósseo/Prótese	1772-73	576,69
5540	Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial	0378-18	133,02
5550	Excisão em Cunha de Lábio e Sutura	0386-36	125,68
5560	Cirurgia de Hipertrofia do Lábio	0654-55	212,92
5570	Cirurgia Para Microstomia	1090-91	354,88
5580	Redução de Fratura de Ossos Próprios do Nariz	1090-91	354,88
5590	Redução Incruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	0509-09	165,61
5600	Redução Cruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	1181-82	384,45
5610	Redução Incruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	0618-18	201,09
5620	Redução Cruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	1954-55	635,83

5630	Redução Cruenta de Fratura Cominutiva de Mandíbula	1742-42	566,83
5640	Redução de Fratura de Côndilo Mandibular	1127-27	366,70
5650	Fraturas Alvéolo-Dentárias – Redução cruenta	0327-27	106,46
5660	Fraturas Alvéolo-Dentárias – Redução Incruenta	0181-82	59,14
5670	Reimplante de Dente (por elemento)	0290-91	93,40
5680	Redução Incruenta de Fratura Le Fort I	0881-82	286,86
5690	Redução Incruenta de Fratura Le Fort II	0881-82	286,86
5700	Redução Incruenta de Fratura Le Fort III	1018-18	331,22
5710	Redução Cruenta de Fratura Le Fort I	1363-64	443,61
5720	Redução Cruenta de Fratura Le Fort II	1893-94	616,12
5730	Redução Cruenta de Fratura Le Fort III	1893-94	616,12
5740	Fraturas Complexas do Segmento Fixo da Face	1018-18	331,52
5750	Frat. Complexas do Seg.da Face c/Fixação Pericraniana	2818-18	916,78
5760	Frat. do Arco Zigomático-Redução cirúrg. sem fixação	0836-36	272,07
5770	Frat. de Osso Zigomático-Redução cirúrg. e fixação	1090-91	354,88
5780	Osteoplastia Zigomático - Maxilar	1093-94	355,87
5790	Retirada de Fios Intra ou Trans-Ósseo	0109-09	35,48
5800	Retirada de Bloqueio Maxilo-Mandibular	0101-82	33,12
5810	Retirada de Anclagem e Cerclagens	0101-82	33,12
5820	Cirurgia de Cisto	0269-09	87,54
5830	Artroplastia p/ Luxação Rescdivante da ATM	1863-64	606,26
5840	Ressecção parcial da mandíbula	1272-73	414,03
5850	Ressecção parcial da mand. C/ enxerto ósseo	1545-45	502,74
5860	Hemimandibulectomia	1454-55	473,18
5870	Hemimandibulectomia c/colocação de prótese	1772-73	576,69
5880	Hemimandibulectomia c/ enxerto ósseo	1954-55	635,83
5890	Mandibulectomia c/Reconst.aCusta de osteomiocutâneo	2318-18	786,95

5900	Mandibulectomia c/Reconstrução Microcirúrgica	2818-18	916,78
5910	Osteoplastias de Etmóido-Orbitárias	2136-36	694,98
5920	Osteoplastias da Mandíbula	1954-55	635,83
5930	Osteoplastias da Órbita	2318-18	786,95
5940	Ressecção do Meso Infra-Estrutura do Max. Superior	1154-55	375,58
5950	Ressecção Total de Maxila incl. Exenteração de Órbita	2045-45	665,41
5960	Ressecção do Max. Sup. e Reconst. À custa de Retalhos	2454-55	798,49

OBS: Os itens de 5330 à 5960 foram reproduzidos da tabela da Associação Médica Brasileira AMB

<b>6000 – 6990</b>	<b>ORTODONTIA</b>	<b>CR DF</b>	<b>Valor (R\$)</b>
6010	Aparelho Ordotônico Fixo (metalico) - I arcada	0912-06	296,70
6020	Aparelho Ordotont. Fixo Estético (policarboxilato)-I arcada	1436-03	467,15
6030	Manutenção de Aparelho Ortodôntico	0294-79	95,89
6040	Placa Lábio-ativa	0470-49	169,77
6050	Aparelho Extra-bucal	0612-76	199,32
6060	Arco Lingual	0537-79	174,93
6070	Botão de Nance	0558-00	181,84
6080	Barra Transpalatina Fixa	0552-94	179,87
6090	Barra Transpalatina Removível	0337-12	109,66
6100	Quadrihélice	0559-00	181,84
6110	Grade Palatina Fixa	0558-76	181,17
6120	Pendulum de Hilgers com mola de TMA	0630-73	205,18
6130	Pendex de Hilgers com mola de TMA	0694-36	225,88
6140	Distalizador de molar, tipo Jones Jig	0623-46	202,81
6150	Herbst Encapsulado	0937-37	304,93
6160	Máscara Facial - Delaire, Tração Reversa (Sem o Disjuntor)	0517-94	168,49
6170	Mentoneira	0282-55	91,90
6180	Disjuntor Palatino tipo Haas, Hyrax	0640-58	208,38
6190	Disjuntor Palatino tipo McNamara, Faltin	0548-42	178,40
6200	Frankel	0721-18	234,60
6210	Bimler	0721-18	234,60
6220	Planas	0721-18	234,60
6230	Aparelho Removível com alça de	0709-06	230,66



	Bionator invertida		
6240	Aparelho Removível com alça de Escheler	0721-18	234,60
6250	Bionator de Balters	0678-76	220,90
6260	Placa Dupla de Sanders	0709-06	230,66
6270	Aparelho de Thurow	0654-91	213,04
6280	Placa de Hawley	0326-67	106,26
6290	Placa de Hawley com torno expensor	0387-27	125,98
6300	Grade Palatina Removível	0369-09	102,06
6310	Planejamento em ortodontia	0550-51	179,08

## 2.9 CLÍNICA(S) DE REABILITAÇÃO, ABRANGENDO OS SEGUINTE SERVIÇOS:

- 2.9.1** Avaliação fisioterapêutica (exame muscular);
- 2.9.2** Fisioterapia Respiratória;
- 2.9.3** Fisioterapia Cardíaca;
- 2.9.4** Fisioterapia Neurológica (adulto e infantil);
- 2.9.5** Fisioterapia Ortopédica / Traumatológica;
- 2.9.6** Fisioterapia Uroginecológica;
- 2.9.7** Drenagem Linfática;
- 2.9.8** Fisioterapia (atendimento domiciliar);
- 2.9.9** RPG (Reeducação Postural Global);
- 2.9.10** Pilates;

- 2.9.11** Hidroterapia;
- 2.9.12** Acupuntura;
- 2.9.13** Fonoaudiologia (atendimento no consultório);
- 2.9.14** Fonoaudiologia (sessões);
- 2.9.15** Fonoaudiologia (atendimento domiciliar);
- 2.9.16** Nutrição (atendimento no consultório);
- 2.9.17** Nutrição (atendimento domiciliar);
- 2.9.18** Terapia Ocupacional (consulta);
- 2.9.19** Terapia Ocupacional (sessões);
- 2.9.20** Psicologia (consulta inicial);
- 2.9.21** Psicologia (sessões);
- 2.9.22** Psicologia (atendimento domiciliar);
- 2.9.23** Psicopedagogia (consulta);
- 2.9.24** Psicopedagogia (sessão);
- 2.9.25** Psicoterapia (sessão).
- 2.9.26** As seguintes profissões e respectivas especialidades, devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentadas por lei, compõem, também, o objeto:
- 2.9.26.1 Fisioterapia, nas seguintes especialidades: pneumo-funcional, neuro funcional; traumato ortopédica funcional, cardiovascular e uro ginecológica;
- 2.9.27 Tabela de valores para clínicas de reabilitação fisioterápica:**
- 2.9.28** A fisioterapia prestada a pacientes internados está limitada a uma sessão de fisioterapia motora e uma sessão de fisioterapia respiratória por dia, podendo ser estendida a duas sessões diárias para os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou com indicação médica precisa.
- 2.9.29** Para as sessões de fisioterapia ambulatoriais serão autorizadas pela CREDENCIANTE o limite máximo de até 08 (oito) sessões mensais por paciente, inclusive regiões distintas, conforme quadro abaixo:

<b>Procedimentos de Fisioterapia</b>	<b>Valor R\$</b>
Consulta ou avaliação inicial	46,45
Sessão de fisioterapia	20,64
Hidroterapia	15,48
RPG	37,15
Acupuntura	15,48
Atendimento domiciliar ou em paciente internado (sessões)	46,45

**2.9.30 Tabela de valores para clínicas de reabilitação fonoaudiológicas:**

- 2.9.31** Será autorizada pela credenciante o limite de 08 (oito) sessões mensais por paciente, conforme valores abaixo:

<b>Procedimentos de Fonoaudiologia</b>	<b>Valor R\$</b>
Consulta ou avaliação inicial	46,45
Sessão de fonoaudiologia	46,45
Fonoterapia	46,45
Sessão domiciliar ou em paciente internado	72,25

**2.9.32 Tabela de valores para clínicas de reabilitação psicológicas:**

**2.9.33** Os procedimentos serão valorados conforme tabela abaixo, no limite de 04 (quatro) sessões mensais por paciente:

<b>Procedimentos de Psicologia</b>	<b>Valor R\$</b>
Consulta ou avaliação inicial	46,45
Avaliação de nível intelectual	46,45
Avaliação psicomotora	46,45
Realização de exames psicológicos	36,12
Realização de avaliação psicológica para a Concessão de registro / porte de arma	92,90
Psicomotricidade individual	46,45
Psicomotricidade em grupo	41,29
Psicoterapia Individual	46,45
Psicoterapia casal	61,93
Psicoterapia familiar	61,93
Psicoterapia em grupo	46,45
Psicoterapia domiciliar ou em paciente internado	72,25

**2.9.34** Tabela de valores para clínicas de reabilitação nutricionais:

**2.9.35** Os procedimentos serão valorados conforme tabela abaixo:

<b>Procedimento</b>	<b>Valor R\$</b>
Consulta ou avaliação	46,45

**2.10 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, ABRANGENDO OS SEGUINTE SERVIÇOS:**

**2.10.1** Procedimentos de patologia clínica.

**2.10.2** Exames laboratoriais, Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral (SADT): serão cobrados em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, 5ª edição(2009), com UCO R\$ 12,50.

**2.10.3** Os exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias e ressonância magnética serão calculados por procedimento e não por incidência com base na tabela CBHPM 5ª Edição(2009) plena com UCO de R\$ 12,50. Quando o exame/procedimento não constar na referida tabela será utilizada para fim de cálculo a tabela de edição posterior, com fator redutor de 20% no valor total do procedimento calculado com as mesmas regras da tabela de referência.

**2.10.4** Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. A quantidade de contraste radiológico a ser cobrada deverá estar em

consonância com a tabela apresentada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Exames que não preveem o uso de contraste, somente terão o contraste remunerado se prescrito na requisição médica.

## **2.11       PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS – PSA.**

**2.11.1**       O profissional de saúde autônomo deve estar reconhecido por parte do respectivo órgão federal da profissão, regulamentada por lei.

**2.11.2**       As tabelas dos valores para os pagamentos dos Profissionais de Saúde Autônoma serão as correspondentes as especialidades e procedimentos por eles prestados, presentes neste referencial de custos.

## **2.12       PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS – PSA / CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS.**

**2.12.1**       O encaminhamento odontológico de beneficiário observará o seguinte procedimento:

2.12.1.1       O CREDENCIADO deverá solicitar ao beneficiário o parecer do cirurgião-dentista militar ou PSA contratado, bem como o documento de encaminhamento emitido por parte do CREDENCIANTE;

2.12.1.2       O CREDENCIADO deverá elaborar e entregar ao beneficiário o Plano de Tratamento em formulário próprio, com assinalação, no odontograma, dos contornos das lesões encontradas, assim como a especificação do tratamento, o material a ser empregado e o respectivo orçamento;

**2.12.2**       No caso de ortodontia ou ortopedia funcional dos maxilares, fará constar, ainda, no Plano de Tratamento, as seguintes informações: características da má oclusão; aparatologia indicada; prognósticos; radiografias; e, tempo provável de tratamento.

**2.12.3**       O tratamento somente poderá ser iniciado por parte do CREDENCIADO, após o recebimento do documento de autorização do CREDENCIANTE.

**2.12.4**       À exceção dos casos de urgência e emergência, nenhum tratamento complementar ao plano autorizado, independentemente de seu valor, poderá ser iniciado sem uma nova autorização do CREDENCIANTE;

**2.12.5**       As despesas decorrentes de tratamento complementar iniciado sem nova guia de encaminhamento não serão cobertas e serão de responsabilidade do beneficiário.

**2.12.6**       Ao término do tratamento o CREDENCIADO deverá, imediatamente, emitir o documento de despesa relativo à prestação do serviço, total ou parcial, coerente com o plano de tratamento e orçamento propostos, onde deverá constar a assinatura do paciente, para que este se submeta a perícia concludente do tratamento na UG SAMMED/FuSEx/PASS.

**2.12.7**       O CREDENCIADO deverá alertar o beneficiário quanto a sua obrigação de subsunção à perícia, sob pena de pagamento integral dos custos do tratamento.

**2.12.8**       18.5 Os serviços, objeto do presente processo, serão prestados pessoalmente por parte do profissional ora CREDENCIADO.

**2.12.9**       A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de, pelo menos, um dos membros da equipe de Auditores do CREDENCIANTE às dependências do CREDENCIADO, a fim de examinar a documentação odontológica dos pacientes; assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

**2.12.10**      Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme

prescrito no edital, não se incluem na presente contratação.

- 2.12.11** Caso solicitado, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.
- 2.12.12** Os Odontólogos só poderão executar trabalhos referentes àquelas especialidades para as quais foram especificamente credenciados.
- 2.12.13** No caso de interrupção do tratamento, por justo motivo, deverá o beneficiário titular informar o fato à UG encaminhadora, para que os serviços prestados sejam pagos.
- 2.12.14** O abandono do tratamento, sem justificativa, quer do beneficiário, quer do CREDENCIADO, implicará nas seguintes providências:
- 2.12.15** Se o abandono ocorrer por iniciativa do beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado;
- 2.12.16** Se o abandono ocorrer por iniciativa do CREDENCIADO, implicará no término da autorização para o procedimento e somente serão pagos os serviços concluídos.
- 2.12.17** Tal comportamento será comunicado ao Conselho Regional de Odontologia, no que se referir à ética profissional, e provocará a instauração de processo administrativo para averiguação da irregularidade.
- 2.12.18** Será considerado abandono de tratamento a hipótese em que o beneficiário deixar de comparecer ao consultório, sem justificativa, no prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos.
- 2.12.19** A execução dos serviços deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno da 1ª Companhia de Infantaria. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.
- 2.12.20** O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação odontológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este Termo de Credenciamento.
- 2.13** SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE REMOÇÃO, EVACUAÇÕES PRÉ-HOSPITALARES E INTER-HOSPITALARES TERRESTRES, POR MEIO DE SOCORRO MÓVEL OU AMBULÂNCIAS, INCLUÍDO ASSISTÊNCIA MÉDICA E ENFERMAGEM.
- 2.13.1** O objeto contratual abrange o atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, com observância das seguintes especificações mínimas, nos termos da Portaria nº 2.048, de 11 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde:
- 2.13.1.1** Ambulância de Suporte Avançado sem acompanhamento de equipe profissional (médico, enfermeiro);
- 2.13.1.2** Ambulância de Suporte Avançado com acompanhamento de equipe profissional (médico, enfermeiro e condutor);
- 2.13.2** O atendimento pré-hospitalar será realizado por meio de pronto socorro móvel (adulto, pediátrico ou neonatal) ou ambulâncias, nas situações de emergências e de urgências médicas, por equipes compostas de auxiliares treinados e lideradas por médico intensivista;
- 2.13.3** O atendimento inter-hospitalar compreende o transporte de pacientes entre a rede hospitalar ou para essa, na área de abrangência especificada neste Termo;
- 2.13.4** A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos casos de urgência e emergência, deverá ser composta por:

- 2.13.4.1 Um motorista com curso de socorrista;
- 2.13.4.2 Um técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado; e,
- 2.13.4.3 Um médico intensivista, ou médico com curso de *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* ou *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*.

**2.13.5** A prestação do serviço especializado deste Termo engloba:

- 2.13.5.1 Atendimento aos beneficiários que descrevam características ou sintomatologias de urgência e/ou emergência e que requeiram atenção ou cuidados médicos, em tempo correspondente à necessidade da urgência/emergência entre a chamada telefônica e a efetiva prestação da assistência médica;
- 2.13.5.2 A remoção ou evacuação inter-hospitalar, para os hospitais e clínicas credenciadas ou contratadas pela CREDENCIANTE, dando continuidade ao atendimento médico prestado pelos serviços de urgência e emergência; e,
- 2.13.5.3 A remoção ou evacuação pré-hospitalar com ambulância UTI, quando caracterizado casos graves, conforme item 20 deste Termo de Credenciamento.

**2.13.6** O serviço será prestado com as seguintes obrigações da contratada:

- 2.13.6.1 Os serviços serão executados mediante a disponibilização de ambulância de suporte avançado, Tipo D, (UTI MÓVEL) equipada de acordo com o previsto na Resolução CFM nº 1.671/2003, e, também, com Eletrocardiograma; Desfibrilador; Aspirador; Nebulizador; e Reanimador Cárdio-Pulmonar;
- 2.13.6.2 Responsabilizar por qualquer dano ou prejuízo que for causado a terceiros ou a 1ª Companhia de Infantaria, ficando sob sua exclusiva responsabilidade todas as despesas decorrentes e providências que forem necessárias;
- 2.13.6.3 Responsabilizar pela disponibilização dos profissionais e equipamentos descritos neste termo de referência;
- 2.13.6.4 Responsabilizar pelo pagamento das despesas de salários e encargos trabalhistas dos seus profissionais, bem como pelo pagamento de despesas relativas à manutenção, consertos, reparos, combustível, higienização e desinfecção da ambulância e aquisições de materiais e equipamentos necessários à prestação dos serviços objeto da contratação;
- 2.13.6.5 Responsabilizar pelo pagamento de tributos, taxas e outros que incidir sobre a prestação dos serviços;
- 2.13.6.6 Emitir a nota fiscal/fatura dos serviços prestados, a qual deverá ser apresentada com a relação dos serviços executados.

**2.13.7** O valor do serviço será pago conforme tabela abaixo:

<b>Guarnição de Destino</b>	<b>Valor R\$</b>
Aracaju-SE	5.000,00
Salvador-BA	6.000,00
Maceió-AL	5.000,00
Recife-PE	6.000,00

**2.14** ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE.

- 2.14.1** Modalidade(s) de Assistência Domiciliar (Suporte Básico), Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários

médicos, de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de atenção domiciliar à saúde, nos termos abaixo delimitados:

2.14.1.1 As equipes multidisciplinares de atenção domiciliar à saúde devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo, necessários à prestação dos serviços contratados.

**2.14.2** Para o início do atendimento de atenção domiciliar à saúde, a apresentação do paciente à equipe de profissionais do CREDENCIADO correrá por conta do beneficiário e/ou de seu responsável, por meio do agendamento de visita domiciliar solicitada por parte do CREDENCIANTE para a elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD).

2.14.2.1 O plano de Atenção Domiciliar (PAD) deverá apresentar a real situação do paciente, onde deverá constar: dados de identificação (paciente e responsável), diagnósticos, histórico clínico do paciente, medicamentos em uso, avaliação de dependência (Anexo ), sistema tegumentar, exame físico, avaliação da dor, avaliação por aparelhos (respiratório, digestivo e geniturinário), avaliação do domicílio, recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos) e enquadramento do tipo de atenção domiciliar (Anexo ).

2.14.2.2 Estabelecer como prioridade de eleição da internação domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

2.14.2.2.1 Idosos;

2.14.2.2.2 Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

2.14.2.2.3 Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e

2.14.2.2.4 Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

**2.14.3** Os mecanismos de encaminhamentos dos pacientes para a atenção domiciliar à saúde e as normas para o atendimento dar-se-ão segundo os critérios de captação e de elegibilidade que se seguem:

2.14.3.1 Uma Equipe Multidisciplinar do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso, coordenada pela Seção de Auditoria, indicará ao CREDENCIADO o paciente que receberá a atenção domiciliar à saúde, a fim de que proceda à avaliação do caso e à elaboração do Plano de Atenção Domiciliar:

2.14.3.1.1 A Equipe Multidisciplinar será composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo:

2.14.3.1.2 As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, a avaliação de elegibilidade do paciente para a assistência domiciliar poderá deixar de contar com parte das mesmas.

**2.14.4** O atendimento de atenção domiciliar à saúde será autorizado após homologação do referido Plano pelo Chefe do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso, ouvida a Seção de Auditoria, oportunidade na qual será expedida a competente Guia de Encaminhamento para Atenção Domiciliar à Saúde;

**2.14.5** À Seção de Auditoria competirá realizar os contatos com a equipe profissional do CREDENCIADO para eventuais alterações no Plano de Atenção Domiciliar proposto, respeitados os preceitos éticos estabelecidos por parte do Conselho Federal de Medicina;

**2.14.6** A desmobilização da atenção domiciliar à saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada na atenção domiciliar à saúde, de acordo com a evolução do plano terapêutico previamente acordado, até a alta da atenção domiciliar, dar-se-á conforme os

critérios do Plano de Atenção Domiciliar;

**2.14.7** O CREDENCIANTE poderá, por meio da Seção de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso, solicitar ao CREDENCIADO, em regime de transição coordenada, o início da atenção domiciliar à saúde de pacientes internados em OCS, assim que o mesmo obtenha alta hospitalar;

**2.14.8** A atenção domiciliar à saúde terá prazo determinado, podendo, entretanto, no decorrer do período inicialmente estabelecido sofrer alterações, em consequência da evolução/necessidades clínicas do paciente e adesão deste e de seu grupo familiar à assistência oferecida:

2.14.8.1 O plano de Atenção Domiciliar (PAD) do paciente admitido deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso. Esta revisão deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente;

2.14.8.1.1 A autorização será válida para no máximo 30 dias.

2.14.8.1.1.1 Se houver necessidade de continuidade do tratamento domiciliar, nova solicitação deverá ser enviada.

2.14.8.2 As prorrogações deverão ser encaminhadas ao CREDENCIANTE a cada período de 30 (trinta) dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período:

2.14.8.2.1 Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente; e

2.14.8.2.2 Quando houver curativos, deverá estar anexado o relatório padrão para curativos da equipe especializada em lesão, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) responsável. Na evolução deve constar profundidade (medidas), presença de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, materiais utilizados e prescritos e programação de alta/desmame dos mesmos.

2.14.8.2.3 Ao final do período será emitida uma autorização constando o plano de atendimento liberado, contemplando os recursos humanos necessários, materiais, medicamentos, dispositivos e equipamentos, além da definição da periodicidade do envio de relatórios de atendimento;

2.14.8.2.4 Os orçamentos referentes às intercorrências serão aprovados no decorrer do atendimento;

2.14.8.2.4.1 A regulação da atenção domiciliar é realizada através de autorizações prévias divididas em duas modalidades:

2.14.8.2.4.1.1 Prorrogações; e

2.14.8.2.4.1.2 Complementares (intercorrências).

2.14.8.3 Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do (a) paciente serão entregues pelo CREDENCIADO na residência do (a) mesmo (a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;

2.14.8.4 O CREDENCIADO deverá promover orientação continuada junto a família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente tendo em vista a promoção do autocuidado; e



- 2.14.8.5 O CREDENCIADO deverá elaborar o relatório de alta domiciliar quando ocorrer alguns dos seguintes motivos:
- 2.14.8.5.1 Alta por melhora;
  - 2.14.8.5.2 Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;
  - 2.14.8.5.3 Quando o (a) usuário (a) não mais preencher qualquer dos requisitos a que se refere este credenciamento;
  - 2.14.8.5.4 Ausência do responsável pelos cuidados do (a) usuário (a) durante a atenção domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar do CREDENCIANTE ou CREDENCIADO;
  - 2.14.8.5.5 Internação ou reinternação hospitalar por piora do quadro clínico; e
  - 2.14.8.5.6 Óbito.
- 2.14.9** A Equipe Multidisciplinar do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso procederá a reavaliação periódica dos casos de atenção domiciliar à saúde, com a finalidade de deliberar sobre a necessidade ou não da continuidade desse tipo de atendimento.
- 2.14.10** Qualquer material, equipamento, medicamento, dieta e outro produto nutricional e gases medicinais utilizados por parte do CREDENCIADO no atendimento do paciente, será providenciado, cobertos estes custos por conta do mesmo, com observância das regras postas no Termo de Credenciamento:
- 2.14.10.1 Constará do equipamento o mobiliário hospitalar, para o período contratado, composto de um aparelho de pressão, uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro e um aspirador de secreção.
  - 2.14.10.2 O justo valor do uso desses materiais e afins será incluído, mediante apresentação de nota fiscal, ao final do atendimento, na conta do paciente e submetido à Seção de Auditoria de Contas Médicas do CREDENCIANTE.
- 2.14.11** Nos casos de emergência ou de comprovada urgência, o atendimento será imediato, sem necessidade de apresentação de Guia de Encaminhamento, mediante a identificação do beneficiário socorrido.
- 2.14.12** O CREDENCIADO deverá manter, durante toda a internação domiciliar, em tempo integral, estrutura de serviços específicos e de apoio à atenção domiciliar de casos de urgência/emergência necessários aos atendimentos em domicílio e à remoção dos pacientes para Organização Civil de Saúde (OCS) contratada.
- 2.14.13** As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas por parte do CREDENCIADO em até 2 (dois) dias úteis ao CREDENCIANTE, a contar da data da ocorrência, mediante o fornecimento dos elementos necessários para comprovação da emergência ou da urgência, a fim de controle e providências administrativas;
- 2.14.14** O FuSEx/SAMMED/PASS não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências acima previstas;
- 2.14.15** O atendimento no caso de emergência ou comprovada urgência será coberto por guia de encaminhamento única, emitida impessoalmente, que abarque o atendimento que fora dispensado ao beneficiário, ainda que tal atendimento envolva equipe multidisciplinar;
- 2.14.16** A remoção do paciente, quando necessária, deverá ser efetuada, exclusivamente, para

a rede de Organizações Civas de Saúde credenciadas por parte do CREDENCIANTE, bem como deverá ser devidamente justificada.

**2.14.17** A remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

2.14.17.1 De responsabilidade do CREDENCIADO, com uso do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel próprio ou subcontratado, conforme valores constantes neste anexo “II” (TABELAS REFERENCIAIS); e

2.14.17.2 De responsabilidade do CREDENCIANTE, com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, contratados por meio de credenciamento:

2.14.17.2.1 Neste caso, a CREDENCIADA deverá solicitar à Seção de Auditoria a remoção do paciente.

**2.14.18** Quando houver necessidade de nova internação hospitalar do beneficiário, decorrente da evolução do quadro clínico durante o tratamento domiciliar, o CREDENCIADO deverá encaminhá-lo, preferencialmente, ao hospital conveniado do CREDENCIANTE:

**2.14.19** O encaminhamento a OCS não credenciada será precedida de justificativa sobre eventuais impedimentos ou indicações médicas, e apenas nas hipóteses de urgência e emergência;

**2.14.20** O CREDENCIADO deverá solicitar autorização prévia da Seção SAMMED/FuSEX do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso, via fac-símile: (75) 3281-8257.

**2.14.21** O CREDENCIADO, apresentado no seu corpo clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de assistência domiciliar (suporte básico), internação domiciliar, procedimentos de enfermagem e gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, oxigenioterapia, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde:

**2.14.22** Atendimento domiciliar: prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta, quando se fizer necessário constará de suporte básico:

2.14.22.1 Suporte básico: supervisão de Enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família.

2.14.22.2 Internação domiciliar: indicada para pacientes agudos ou crônico agudizados, que se não receberem um suporte mais intensivo provavelmente necessitarão de hospitalização. Indicada, também, em momento de término da hospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:

2.14.22.2.1 Internação domiciliar de baixa complexidade: além do contido no suporte básico, incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia;

2.14.22.2.2 Internação domiciliar de média complexidade: além do contido no suporte básico, incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia;

2.14.22.2.3 Internação domiciliar de alta complexidade: além do contido no suporte

básico, inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

2.14.22.3 Procedimentos de enfermagem: serviços de técnico de enfermagem, sob supervisão de enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requeiram acompanhamento contínuo.

2.14.22.4 Gerenciamento de Casos Crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado nos seguintes planos:

2.14.22.4.1 Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:

2.14.22.4.1.1 Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena sequela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

2.14.22.4.1.2 Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

2.14.22.4.1.3 Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

2.14.22.4.1.4 Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas de curta durações evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;

2.14.22.4.1.5 Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença; e

2.14.22.4.1.6 Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

2.14.22.4.2 Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:

2.14.22.4.2.1 Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

2.14.22.4.2.2 Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

2.14.22.4.2.3 Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

2.14.22.4.2.4 Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;

2.14.22.4.2.5 Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

2.14.22.4.2.6 Pacientes com infecções de repetição; e

2.14.22.4.2.7 Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou

Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

- 2.14.22.4.3 Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende:
  - 2.14.22.4.3.1 Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
  - 2.14.22.4.3.2 Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
  - 2.14.22.4.3.3 Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
  - 2.14.22.4.3.4 Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;
  - 2.14.22.4.3.5 Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;
  - 2.14.22.4.3.6 Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e
  - 2.14.22.4.3.7 Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.
- 2.14.22.5 O CREDENCIADO deverá realizar os treinamentos necessários aos cuidadores/acompanhantes dos pacientes a serem assistidos pela atenção domiciliar à saúde.
- 2.14.22.6 O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE a relação dos profissionais que integram sua equipe multidisciplinar de atenção domiciliar à saúde, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do CREDENCIADO para atender aos beneficiários deste Termo de Credenciamento nas respectivas profissões e especialidades:
  - 2.14.22.6.1 O CREDENCIADO obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada; e
  - 2.14.22.6.2 Quando a equipe multidisciplinar do CREDENCIADO for constituída, em parte ou no seu todo, por meio de cooperativa vinculada, esta deverá apresentar a relação acima descrita, cumpridas as formalidades postas, diretamente para o CREDENCIANTE.
- 2.14.22.7 Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entendendo-se como:
  - 2.14.22.7.1 O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;
  - 2.14.22.7.2 O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO; e
  - 2.14.22.7.3 O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.
- 2.14.22.8 Equipara-se ao subitem anterior, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.
- 2.14.22.9 O Plano de Atenção Domiciliar deverá conter a descrição nominal dos integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde que prestará a assistência domiciliar ao paciente, contendo os números de telefone dos profissionais da referida equipe para os

contatos que se fizerem necessários entre o paciente e/ou seu responsável com a equipe de atenção domiciliar.

- 2.14.22.10 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de, pelo menos, um dos membros da equipe de Auditores do CREDENCIANTE às dependências do CREDENCIADO e no domicílio do paciente, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.
- 2.14.22.11 O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.
- 2.14.22.12 A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FuSEx/SAMMED/PASS será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria das UAt, que decidirá pela sua autorização ou negação.
- 2.14.22.13 Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso:
  - 2.14.22.13.1 O CREDENCIANTE não arca com o fornecimento de medicamentos orais ou de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente.
- 2.14.22.14 É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o art. 10 da Portaria nº DGP-48/2008.
- 2.14.22.15 Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme subitem 7.8 do Edital, não se incluem na presente contratação:
  - 2.14.22.15.1 Caso solicitado, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.
- 2.14.22.16 Não será autorizada ou poderá ser cancelada a atenção domiciliar quando:
  - 2.14.22.16.1 O domicílio do (a) usuário (a) apresentar difícil acesso à ambulância, equipamento ou atendimento de urgência;
  - 2.14.22.16.2 As condições emocionais do (a) usuário (a) ou de familiar inviabilizarem o tratamento;
  - 2.14.22.16.3 Não houve aceitação ou não adaptação pelo (a) usuário (a) ou sua família às normas do programa;
  - 2.14.22.16.4 Não houver aceitação da equipe multidisciplinar pelo (a) usuário (a), responsável ou família; e
  - 2.14.22.16.5 A equipe multidisciplinar da OCS ou a UG-FuSEx entenderem inviável a implementação do programa.
- 2.14.22.17 No caso de óbito do beneficiário, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a família do paciente e à Seção SAMMED/FuSEx do Posto Médico da Paulo Afonso, através do fac-símile nº (75) 3281-8257, a quem caberá tomar as providências necessárias.
- 2.14.22.18 O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado.

2.14.22.19 A execução deste Termo de Credenciamento deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno da 1ª Companhia de Infantaria. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

2.14.22.20 O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente ao Termo de Credenciamento/Contrato firmado.

2.14.22.21 20.31 Todos os procedimentos e utilização de equipamentos deverão ser previamente autorizados pela equipe de auditoria da UG-FuSEx da 1ª Cia Inf, exceto nos casos de atendimentos comprovadamente em caráter de urgência ou emergência, nos quais, obrigatoriamente, devem constar em sua fatura o relatório médico detalhado do quadro clínico do paciente.

**2.14.23** Todos os OPME e tratamento com antibiótico durante o tratamento mensal do paciente, o prestador executante deverá enviar orçamento (aditivo com numeração) para enviarmos uma autorização prévia inicial.

**2.14.24** Os serviços de Home Care serão remunerados segundo os valores contidos na tabela:

<b>Procedimento Home Care</b>	<b>Valor R\$</b>
Visita Médica domiciliar	144,90
Visita Médica domiciliar de especialista	289,8
Deslocamento do técnico de enfermagem	27,95
Atendimento domiciliar isolado (visita de enfermagem)	41,40
Visita Nutricionista	72,45
Intercorrência	155,25
Remoção com médico para outra guarnição	7,76 reais/Km
Remoção sem médico para outra guarnição	5,58 reais/Km
Remoção sem médico dentro da guarnição	207,00
Remoção com médico dentro da guarnição	310,50
Psicologia domiciliar – ID – Por sessão	46,57
Terapia ocupacional – ID -Por sessão	43,47
Fisioterapia domiciliar – ID – Por sessão	43,47
Fonoaudiologia domiciliar – ID – Por sessão	36,22
Cilindro de Oxigênio – ID - Por dia	5,17
Gerador de energia – ID – Por dia	3,67
Oxímetro de pulso – Internação domiciliar – Por dia	12,93
Ventilação mecânica – ID – Por dia	155,25
Cilindro portátil de oxigênio – ID - Por dia	3,93
Concentrado R de oxigênio (5L/min) – OD – Por dia	12,42
Diária de internação domiciliar BAIXA COMPLEXIDADE	124,2
Diária de internação domiciliar MÉDIA COMPLEXIDADE	186,30
Diária de internação domiciliar ALTA COMPLEXIDADE	310,50
Uso de oxigênio para nebulização – Por hora	16,38
Uso de oxigênio em cateter – Por hora	18,63

BIPPAP STD-30 (Pressão positiva 2 níveis vias aéreas) IPAP +EPAP – ID – Por dia	30,78
CPAP (Pressão positiva contínua vias aéreas) ID – Por dia	29,13
Taxa de Aspiração	7,05 por dia
Taxa de nebulização	2,18 por dia
Dieta	Brasíndice com deflator de 30%

**3. PARA AS ACOMODAÇÕES HOSPITALARES DEVEM SEGUIR AS SEGUINTEES ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS:** Os padrões de acomodações hospitalares para os beneficiários do SAMMED/FuSEx e seus dependentes serão, de acordo com a disponibilidade, os seguintes:

3.1 Para oficiais e seus dependentes:

**3.1.1** Quartos privativos; e

**3.1.2** Quartos semiprivativos;

3.2 Para subtenentes e sargentos e seus dependentes:

**3.2.1** Quartos privativos;

**3.2.2** Quartos semiprivativos; e

**3.2.3** Enfermaria de até seis leitos;

3.3 Para cabos, taifeiros e soldados:

**3.3.1** Enfermarias de até três leitos; e

**3.3.2** Enfermarias gerais.

3.4 Os dependentes de cabos, soldados e taifeiros terão direito a:

**3.4.1** Quartos semiprivativos; e

**3.4.2** Enfermaria de até seis leitos.

3.5 padrão das acomodações para hospitalização a que os beneficiários da PASS fazem jus é definido pela correlação estabelecida na Portaria Ministerial nº 396, de 2008.

3.6 No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com os padrões a que tem direito o beneficiário do FuSEx/SAMMED/PASS, a OCS obrigar-se-á a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, sem ônus para o beneficiário ou para o FuSEx/SAMMED/PASS.

3.7 São reservados aos beneficiários do FuSEx/SAMMED/PASS o direito de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si ou para seus dependentes. Neste caso, as diferenças de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção serão pagas integral e diretamente pelo beneficiário ao CREDENCIADO.

3.8 No caso de haver a opção pela melhoria do padrão de acomodação hospitalar, deverá ser assinado, entre o beneficiário, ou servidor civil, e o CREDENCIADO, um TERMO DE AJUSTE PRÉVIO, conforme Anexo I a este Termo de Credenciamento;

3.9 A opção feita pelo beneficiário, ou servidor civil, da melhoria do padrão de acomodação, por meio do Termo de Ajuste Prévio, deverá constar da fatura apresentada pelo CREDENCIADO;

3.10 O cálculo da diferença de valor do padrão de acomodação hospitalar, livremente escolhida pelo beneficiário ou seu responsável, ou pelo servidor civil, terá como base os valores constantes

deste anexo, previamente ajustados a Termo, considerada a dedução do valor da diária coberta pelo CREDENCIANTE;

- 3.11 A complementação de honorários profissionais do médico assistente será cobrada diretamente do beneficiário, ou do Servidor Civil, pelo CREDENCIADO, conforme a Tabela CBHPM/5ª Edição 2009.
- 3.12 Será também reconhecido como modalidade de acomodação, para as internações dos pacientes, o serviço de “Hospital-Dia”, sendo coberto para todos os beneficiários.

#### **4. DEFINIÇÕES IMPORTANTES:**

##### **4.1 INTERNAÇÕES**

- 4.1.1 DIÁRIA HOSPITALAR:** É a permanência de um paciente por um período de 12 a 24 horas em uma instituição hospitalar. As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 horas de cada dia.
- 4.1.2 DAY CLINIC ou DAY HOSPITAL:** Períodos inferiores a 12 horas e superiores ao período de observação, serão cobrados meia diária. É uma forma de atendimento para os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar.
- 4.1.3 ISOLAMENTO:** É a permanência de um paciente com cobertura prévia para enfermaria, em quarto privativo, por indicação médica precisa, mediante processo infeccioso grave, por germes multirresistentes. Faz-se necessária a prévia autorização da auditoria. A estadia de paciente em leito diferente da sua cobertura por conveniência do prestador, profissional assistente ou da família não serão acatadas pelo FuSEx.
- 4.1.4 DESPESAS COM ACOMPANHANTE:** a alimentação do acompanhante será custeada somente no caso de paciente menor de 12 ou maior de 60 anos de idade. Fora desses limites a alimentação deverá ser cobrada pela CREDENCIADA diretamente do acompanhante ou responsável.

##### **4.2 ACOMODAÇÕES**

- 4.2.1 APARTAMENTO COM AR-CONDICIONADO:** composto de quarto com ar-condicionado, banheiro privativo, acomodação (sofá-cama e poltrona) para acompanhante e nas credenciadas que disponha de maternidade, berço próprio para o recém-nascido no próprio quarto da mãe.
- 4.2.2 BERÇÁRIO:** quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe internada ou não).
- 4.2.3 ENFERMARIA:** composto de quarto coletivo para dois ou mais pacientes, com banheiro comum e com cadeira para os acompanhantes e acomodação para o recém-nascido, quando necessário.
- 4.2.4 ISOLAMENTO EM ENFERMARIA:** composto por quarto e banheiro privativo, com equipamentos de isolamento protetor.
- 4.2.5 UTI:** acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente.
- 4.2.6 ALOJAMENTO CONJUNTO:** acomodação do recém-nascido no aposento da mãe.

##### **4.3 COMPOSIÇÕES DAS DIÁRIAS**

- 4.3.1 DIÁRIAS NORMAIS:** considerado nas internações clínicas ou cirúrgicas, em apartamento, enfermaria, berçário normal e hospital dia.



**4.3.2** O valor da diária compreende: Instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de apoio); Leito próprio (cama, berço), com leito de acompanhante para quarto ou apartamento; Troca de roupa de cama e banho; Serviços e cuidados de enfermagem (incluído todas as técnicas de enfermagem); Higienização do paciente; Desinfecção ambiental; Preparo do paciente para procedimento cirúrgico, diagnóstico e terapêuticos (tricotomia, enteroclise, lavagem gástrica, venoclise, cateterismos, entre outros); Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; Lavagem e esterilização do instrumental e salas; Dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia). Assepsia e antisepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e antissépticos; Equipamentos necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc); Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta; Equipamento de proteção individual; Taxa administrativa. Transporte de equipamentos (raios x, eletrocardiógrafo, ultrassom, ecocardiógrafo, etc). Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas. Alimentação após 6 horas em caso de paciente em pronto socorro.

**4.3.3** O valor da diária normal não compreende: Materiais, Medicamentos e OPME (Órteses, Pró-tese e Materiais Especiais); Honorários Médicos; SADT; Alimentação de acompanhante, exceto o autorizado nas faixas etárias específicas (menor de 12 anos ou maior de 60 anos). Opções de conforto.

**4.3.4** **BERÇÁRIO:** O valor da diária **compreende:** Todos os descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (incubadora, berço aquecido, berço); Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta. Berço aquecido/Incubadora, HOOD por até 24 horas.

#### 4.4 TAXAS DE SALA

**4.4.1** Taxas de salas (dentro do centro cirúrgico): As Taxas de salas serão remuneradas conforme tabela **especificada**.

**4.4.2** Taxa de Sala Cirúrgica e Obstétrica: A Taxa de sala será remunerada de acordo com o porte cirúrgico/obstétrico da tabela CBHPM, estabelecido pelo tempo de duração do procedimento, com base nas anotações em sala (cirurgião e Anestesiologista), acrescidos de 15 minutos para preparo, limpeza e desinfecção das salas. **Compreende:** Serviços de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais, etc.); Rouparia completa (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização; Todos os equipamentos e instrumental apropriado para cirurgia necessários à cirurgia; Aspirador elétrico ou a vácuo, Cardioversor / Desfibrilador, Monitor cardíaco, Oxímetro de pulso, Bisturi elétrico, Respirador, Aparelho de anestesia; Taxa de instalação de oxigênio; Mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do RN; Cuidados de higiene do RN; Assepsia e antisepsia (equipe e paciente), inclusive antissépticos e materiais; Instalações físicas (sala e ambientes de apoio); Instrumental apropriado para cirurgia; Limpeza e esterilização de instrumental; Limpeza e desinfecção ambiental. **Não compreende:** Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima; Honorários Médicos; SADT.

**4.4.3** **Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica:** O valor da Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica está incluso no valor da sala cirúrgica, incluindo um período de até 04 horas após o término do procedimento. **Não compreende:** Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima; Honorários Médicos; SADT.

**4.4.4** **Taxa de sala ambulatorial (fora do centro cirúrgico).** As Taxas de sala ambulatorial serão remuneradas, conforme classificação do prestador.

- 4.4.5 Sala de Pequenos Procedimentos:** Destinada aos procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório. **Compreende:** Todos os itens descritos no item SALA DE OBSERVAÇÃO e mais: Assepsia e antissepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; Leito p/ observação; Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente. **Não compreende:** Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos, Honorários Médicos; SADT.
- 4.4.6 Sala de Gesso:** Destinada à confecção de gesso. **Compreende:** Todos os itens descritos no
- 4.4.7** item SALA DE OBSERVAÇÃO e mais: Serra p/ retirada de gesso.
- 4.4.8 Sala de Imobilização não Gessada:** Destinada à confecção de imobilizações não gessadas.
- 4.4.9 Compreende:** Todos os itens descritos no item SALA DE OBSERVAÇÃO e mais material necessário para a imobilização.
- 4.4.10 Sala de Observação:** destinada aos pacientes que necessitem permanecer por até 6 horas
- 4.4.11** em sala. **Compreende:** Instalações físicas (sala para atendimento indiferenciado e ambientes de apoio); Limpeza de desinfecção ambiental; Rouparia (permanente ou descartável); Serviço de enfermagem do atendimento; Assepsia e antissepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; Mesa principal e leito p/ observação; Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente.
- 4.4.12 Sala de Endoscopia / Colonoscopia:** Destinada aos procedimentos de endoscopia digestiva/colonoscopia em ambulatório. **Compreende:** Todos os itens descritos no item SALA DE OBSERVAÇÃO e mais: Assepsia e antissepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; Leito p/ observação; Todos os equipamentos específicos necessários ao atendimento do paciente e materiais de consumo (descartáveis ou não), medicação pró cinética, Xilocaína Spray, sedação com midazolam e/ou peptina; **Não Compreende:** Gases anestésicos, oxigênio, anestésicos; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual, não incluso acima; Honorários Médicos.
- 4.4.13 Sala de Reanimação e Emergência:** Ambiente destinado à assistência do paciente de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, cujos agravos necessitem de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas e assistência. **Compreende:** Instalação da sala; Serviço de enfermagem do procedimento; Equipamentos/Instrumental Cirúrgico; Equipamentos/Instrumental de Anestesia; Equipamentos para monitorização; Equipamentos/Instrumental de ressuscitação/intubação; Equipamentos/Instrumental para ventilação manual; Desfibrilador, Cardioversor.
- 4.4.14 Taxa de Sala de Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista:** Destinada à realização de procedimento de Hemodinâmica e Radiologia intervencionista (realização de exames invasivos como cateterismo cardíaco e outros). **Compreende:** Instalação da sala; Equipamentos referentes aos procedimentos; Serviço de enfermagem do procedimento; Desfibrilador; Equipamentos/Instrumental Cirúrgico; Equipamentos/Instrumental de Anestesia; Equipamentos para monitorização.
- 4.4.15 Taxa de Sala de Quimioterapia:** A taxa só será cobrada em caso de pacientes em tratamento ambulatorial; e no valor das taxas deverão estar incluídos: sala de preparo do quimioterápico, quimioterapia sessão, serviço de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos, paramentação de toda a equipe, curativos pequenos e médios e EPIs; Não cabe a cobrança desta taxa de sala, para a simples administração de medicamento via oral, subcutânea ou intramuscular. Nestes casos cobrar a taxa de aplicação de medicamentos.

## 4.5 Outras Taxas de Serviços

**4.5.1** As Taxas de serviços serão remuneradas, conforme classificação do prestador.

**4.5.2 Taxa de Aplicação de Medicamentos:** Destinada à administração de medicamentos injetáveis (venosa, intramuscular ou subcutânea) em caráter ambulatorial, urgência ou emergência. **Compreende:** A aplicação do medicamento e os insumos necessários para a administração do mesmo, tais como seringa, agulha, scalp, bolas de algodão, álcool, luva, máscara, gorro e pro pés. Assepsia e antissepsia da equipe de enfermagem, inclusive materiais e antissépticos; **Não compreende:** Outros materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos, Honorários Médicos; SADT.

**4.5.3 Taxa de Curativo Simples:** Destinada à realização de curativo simples em qualquer área do corpo. **Compreende:** A realização do curativo e os insumos necessários para a confecção do mesmo tais como seringa, agulha, soro fisiológico para a limpeza da área lesada, PVPI, Clorexedine, compressas de gases, micropore, esparadrapo, ataduras, luva, máscara, gorro e propés. Assepsia e antissepsia da equipe de enfermagem, inclusive materiais e antissépticos. **Não compreende:** Outros materiais de consumo (descartáveis ou não); Pomadas, produtos líticos, cicatrizantes e/ou curativos especiais (hidrocoloides, filmes, bacteriostáticos, etc). Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos, Honorários Médicos; SADT. Não contempla curativo de grandes queimados.

## 4.6 Gasoterapia

**4.6.1** Sua valoração seguirá o contido na tabela especificada desta lista referencial de preços.

**4.6.2** A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme anotação em prontuário. Será utilizado como referência o valor equivalente a uma hora de consumo, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada. A nebulização compreende o uso de oxigênio ou ar comprimido, máscara, serviço de enfermagem, materiais, soluções e medicamento bronco dilatadores (atrovent e berotec). Serão remunerados separadamente os corticoides e fluidificantes, quando prescrito pelo médico.

## 4.7 Taxas de Utilização de Equipamentos

**4.7.1** As Taxas de utilização de equipamentos serão remuneradas conforme tabela específica.

## 4.8 Taxa de utilização de Equipamentos Oftalmológicos

**4.8.1** As referidas taxas serão cobradas de acordo com a tabela 06. Entretanto, caso a tabela não consagre determinada taxa de utilização de equipamentos oftalmológicos, esta será remunerada conforme regras da tabela CBHPM 5ª Edição.

**4.9 Taxas de Vídeo:** As Taxas de vídeo serão remuneradas conforme regras da tabela CBHPM 5ª Edição(2009).

**4.9.1** As Taxas de Vídeo Histeroscopia, Vídeo Artroscopia e Vídeo Urologia compreendem o uso de todo equipamento para uso do vídeo além dos drenos e campos cirúrgicos. **Não compreendem:** Outros materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos, Honorários Médicos e SADT.

## 4.10 Notas Complementares

**4.10.1** Os gases serão pagos conforme o tempo de utilização, permitindo o fracionamento de no mínimo quinze minutos;

- 4.10.2 Equipos de bomba de infusão não serão pagos para manter veia e, nos casos de soroterapia, salvo quando for em neonato ou adulto com restrição hídrica;
- 4.10.3 Exames complementares que forem de alto custo, que não forem de urgência terão que ter autorização da seção de auditoria UG-FuSEx da 1ª Cia Inf;
- 4.10.4 Será pago o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente, caso o paciente passe a ser acompanhado por outro médico deverá ser comunicado ao convênio;
- 4.10.5 Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros;
- 4.10.6 Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior ao indicado;
- 4.10.7 Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem;
- 4.10.8 Na taxa de nebulização está incluída o uso de gases;
- 4.10.9 No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples;
- 4.10.10 Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário;
- 4.10.11 A visita do nutrólogo deverá ser paga 1 a cada 3 dias em caso de dieta enteral e diária em caso de parenteral desde que comprovada em prontuário, será aceita somente do nutrólogo e não da nutricionista;
- 4.10.12 Sonda vesical de demora e sonda enteral somente com prescrição médica e checagem da enfermagem. Em caso de troca deverá haver justificativa; a sonda nasoenterica será paga uma por internação. Sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica; Sua embalagem deverá estar anexada ao prontuário;
- 4.10.13 Não será paga taxa de equipamento quando estiver previsto, na tabela CBHPM, o Custo Operacional dos procedimentos;

#### 4.11 **Materiais descartáveis não cobertos**

- 4.11.1 Aquecedor e manta térmica;
- 4.11.2 Borracha de silicone;
- 4.11.3 Borracha para aspirador;
- 4.11.4 Cabo bipolar;
- 4.11.5 Camisa para microcâmara;
- 4.11.6 Campo cirúrgico (operatório) descartável;
- 4.11.7 Caneta para bisturi descartável;
- 4.11.8 Capa para microscópio;
- 4.11.9 Cinta lombar;
- 4.11.10 Compressa cirúrgica;
- 4.11.11 Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- 4.11.12 Conector;

- 4.11.13** Cotonete (previsto pagar apenas para oftalmologia);
- 4.11.14** Cotonóide (previsto pagar apenas para neurocirurgia);
- 4.11.15** Escova de degermação;
- 4.11.16** Espéculo descartável;
- 4.11.17** Faixa elástica pós operatória;
- 4.11.18** Filme endoscópico
- 4.11.19** Gorro, máscara, propé, avental, capote e calça;
- 4.11.20** Lâmina para tricotomia;
- 4.11.21** Manta térmica;
- 4.11.22** Sensor para oxímetro;
- 4.11.23** Eletrodos descartáveis;
- 4.11.24** Atadura de crepom: será pago somente quando houver indicação. Em caso de contenção no leito, será pago apenas quando devidamente prescrito pelo médico responsável;
- 4.10.25** Bolsa de colostomia Karaya drenável, será paga uma a cada sete dias e em caso justificado pelo enfermeiro;
- 4.11.25** Cateter de acesso central: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada à punção. A embalagem deverá ser anexada;

**4.12 Tabela de consultas, visitas e pareceres médicos:**

<b>Tipo de Atendimento</b>	<b>Valor R\$</b>
Consulta em consultório ou pronto socorro	100,00
Puericultura	105,00
Consulta em consultório(Mastologia, Hematologia, Neurologia, Pneumatologia, Oncologia Clínica e Cirúrgica)	120,00
Consulta médica de difícil contratação	120,00

**4.13 DIÁRIAS E TAXAS**

**4.13.1** As diárias e taxas serão remuneradas conforme tabela abaixo:

**4.13.2 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

<b>DIÁRIAS – ACOMODAÇÕES</b>		
	<b>UNIDADE</b>	<b>VALOR</b>
ENFERMARIA	DIA	R\$ 176,80
ENFERMARIA C/ ALOJAMENTO CONJUNTO RN	DIA	R\$ 218,40
DAY CLÍNIC ENFERMARIA	1/2 DIA	R\$ 114,40
APARTAMENTO	DIA	R\$ 286,00
APARTAMENTO C/ ALOJAMENTO CONJUNTO RN	DIA	R\$ 332,80
DAY CLINIC APARTAMENTO	1/2 DIA	R\$ 176,80
BERÇÁRIO NORMAL	DIA	R\$ 93,60
BERÇÁRIO PATOLÓGICO	DIA	R\$ 104,00
DIÁRIA DO ACOMPANHANTE	DIA	R\$ 46,8

<b>TAXA DE SALA DE CIRURGIA OU PARTO</b>		
TAXA DE SALA PORTE 0	TAXA	R\$ 119,60
TAXA DE SALA PORTE 1	TAXA	R\$ 213,20
TAXA DE SALA PORTE 2	TAXA	R\$ 249,60
TAXA DE SALA PORTE 3	TAXA	R\$ 306,80
TAXA DE SALA PORTE 4	TAXA	R\$ 374,40
TAXA DE SALA PORTE 5	TAXA	R\$ 431,60
TAXA DE SALA PORTE 6	TAXA	R\$ 509,60
TAXA DE SALA PORTE 7	TAXA	R\$ 655,20
SERVIÇOS ESPECIAIS EM AMBULATÓRIO (CIRURGIA REALIZADA EM AMBULATÓRIO)	TAXA	R\$ 57,20
<b>TAXA DE USO INSTRUMENTAL CIRÚRGICO</b>		
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 0	TAXA	R\$ 26,00
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 1	TAXA	R\$ 52,00
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 2	TAXA	R\$ 57,20
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 3	TAXA	R\$ 72,80
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 4	TAXA	R\$ 78,00
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 5	TAXA	R\$ 93,60
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 6	TAXA	R\$ 124,80
TAXA DE USO INSTRUMENTAL PORTE 7	TAXA	R\$ 201,76
<b>TAXA DE OBSERVAÇÃO (AMBULATORIAL/ PRONTO SOCORRO)</b>		
TAXA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 06 HORAS	TAXA	R\$ 53,04
TAXA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 12 HORAS	TAXA	R\$ 95,68
TAXA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 18 HORAS	TAXA	R\$ 135,20
TAXA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS	TAXA	R\$ 176,80
<b>TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTESIA CENTRO CIRÚRGICO</b>		
LOCAL	USO	R\$ 10,40
SEDAÇÃO	USO	R\$ 15,60
BLOQUEIO DE PLEXOS	USO	R\$ 32,24
GERAL	USO	R\$ 52,00
<b>GASOTERAPIA</b>		
OXIGÊNIO PARA NEBULIZAÇÃO	SESSÃO	R\$ 29,12
OXIGÊNIO 3L/MIN	HORA	R\$ 35,36
OXIGÊNIO 5L/MIN	HORA	R\$ 47,84
OXIGÊNIO 8L/MIN	HORA	R\$ 59,28
OXIGÊNIO 10L/MIN	HORA	R\$ 20,80
AR COMPRIMIDO	HORA	R\$ 10,40
AR COMPRIMIDO PARA NEBULIZAÇÃO	SESSÃO	R\$ 130,00
GÁS CARBÔNICO (CO2)	HORA	R\$ 156,00
OXIDO NITROSO (PROTÓXIDO DE AZOTO)	HORA	R\$ 29,12
<b>ASPIRAÇÃO – USO DE APARELHO</b>		
VÁCUO CENTRAL (Em qualquer setor ou sessão)	SESSÃO	R\$ 16,64

POR ASPIRADOR	SESSÃO	R\$ 35,36
<b>SERVIÇOS ESPECIAIS</b>		
<b>Os materiais usados nos serviços serão cobrados SEPARADAMENTE</b>		
CURATIVO PEQUENO	UNIDADE	R\$ 15,60
CURATIVO MÉDIO	UNIDADE	R\$ 26,00
CURATIVO GRANDE	UNIDADE	R\$ 31,20
CURATIVO ESPECIAL (QUEIMADOS)	UNIDADE	R\$ 12,48
INJEÇÃO ENDOVENOSA (AMBULATORIAL)	UNIDADE	R\$ 8,32
INJEÇÃO IM/SC (AMBULATORIAL)	UNIDADE	R\$ 8,32
INSTALAÇÃO DE SOL. E EQUIPO (AMBULATORIAL)	UNIDADE	R\$ 18,72
INSTALAÇÃO DE SOL. E EQUIPO (INTERNAÇÃO)	UNIDADE	R\$ 8,32
RETIRADA DE GESSO (AMBULATORIAL)	UNIDADE	R\$ 15,60
RETIRADA DE TALA GESSADA (AMBULATORIAL)	UNIDADE	R\$ 12,48
RETIRADA DE PONTOS	UNIDADE	R\$ 12,48
SONDAGEM GÁSTRICA	UNIDADE	R\$ 15,60
SONDAGEM RETAL	UNIDADE	R\$ 15,60
SONDAGEM VESICAL	UNIDADE	R\$ 15,60
TRICOTOMIA	UNIDADE	R\$ 15,60
<b>EQUIPAMENTOS ESPECIAIS</b>		
BOMBA DE INFUSÃO	USO	R\$ 5,20
INTENSIFICADOR DE IMAGEM	USO	R\$ 93,60
VÍDEO LAPAROSCÓPIO DIAGNOSTICO	USO	R\$ 52,00
VÍDEO ARTORSCÓPIO	USO	R\$ 270,4
BERÇO AQUECIDO (QUANDO NÃO COBRADO TAXA DE SALA)	HORA	R\$ 21,45
BISTURI ELÉTRICO	USO	R\$ 57,20
BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR	USO	R\$ 95,68
FOTOTERAPIA	USO	R\$ 10,40
INCUBADORA	HORA	R\$ 31,20
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	R\$ 124,80
QUADRO BALCÂNICO	DIA	R\$ 26,00
SERRA ELÉTRICA PARA GESSO	USO	R\$ 15,60
APARELHO DE VÍDEO – LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 395,00

#### 4.13.3 Procedimentos Oncológicos

<b>PROCEDIMENTO ONCOLÓGICOS</b>	<b>Valor R\$</b>
Consulta em consultório(Oncologia Clínica e Cirúrgica, Hematologia, Mastologia, Neurologia e Pneumologia)	120,00
Honorários médicos – Terapia Oncológica para planejamento do 1º dia de tratamento	200,00
Honorários médicos – Terapia Oncológica por dia subsequente de tratamento	80,00

Honorários médicos – Terapia Oncológica por via intracavitária ou via intratecal	300,00
Honorários médicos – Terapia Oncológica por 1ª Duração mínima de 6 horas	250,00
Honorários médicos – Terapia Oncológica Duração mínima de 6 horas por dia subsequente	150,00
Heparenização de cateter intravenoso implantado	150,00

**4.13.4** Tabela de **procedimentos anestésicos**:

<b>COOPANEST-BA</b>		
<b>PORTE</b>	<b>ENFERMARIA</b>	<b>APARTAMENTO</b>
1	R\$ 174,68	R\$ 349,36
2	R\$ 255,70	R\$ 511,40
3	R\$ 376,36	R\$ 752,71
4	R\$ 556,44	R\$ 1.112,88
5	R\$ 860,78	R\$ 1.721,55
6	R\$ 1.201,12	R\$ 2.402,25
7	R\$ 1.708,94	R\$ 4.417,88
8	R\$ 2.254,58	R\$ 4.509,15
<b>CONSULTA</b>		R\$ 88,79

**5. PRESCRIÇÕES DIVERSAS**

5.1 Os beneficiários do FUSEx e seus dependentes diretos deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento e serão identificados da seguinte forma:

**5.1.1** Os beneficiários do FUSEX e seus dependentes deverão apresentar o cartão de beneficiário com a carteira de identidade ou a carteira de identidade militar constando o número do Prec-Cp;

**5.1.2** Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário do FUSEx, fornecida pela UV, acompanhada da carteira de identidade militar ou, caso não possua, outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique).

5.2 Os beneficiários, servidores civis do Exército Brasileiro e seus dependentes diretos, deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento e deverão apresentar o cartão de



beneficiário com a carteira de identidade;

**5.2.1** Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário da PASS, fornecida pela UV, acompanhada da carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique);

5.3 Os usuários do Fator de Custos deverão apresentar a identidade militar ou a carteira de identidade;

**5.3.1** Os dependentes diretos deverão apresentar, no ato do atendimento, carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (certidão de nascimento ou outro documento que o identifique);

5.4 Os serviços de remoção ou evacuação serão requeridos, por meio da Central Telefônica no número de emergência do CREDENCIADO, que atenderá as solicitações de serviço, sem interrupções, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e por todo o ano.

**5.4.1** O CREDENCIADO deverá ser informado da localização do paciente e do quadro sintomático, no ato do atendimento, o paciente ou seu responsável deverá identificar-se conforme especificidade deste Termo.

**5.4.2** Nas remoções terrestres o usuário poderá ser acompanhado por uma pessoa. No caso de atendimento a menor de 18 (dezoito) anos e maiores de 65 anos, admitir-se-á até dois acompanhantes.

5.4.2.1 Os acompanhantes não poderão intervir no atendimento do paciente, sob pena de expulsão do veículo onde quer que este se encontre.

5.5 Nos casos de emergência ou de comprovada urgência, o atendimento será imediato, sem necessidade de apresentação de Guia de Encaminhamento, mediante a identificação do beneficiário socorrido, na forma expressa nos subitens já tratados neste instrumento. Esse fato deverá ser comunicado por parte do CREDENCIADO e do usuário ou seu responsável legal, em no máximo 2 (dois) dias úteis, a contar da data da ocorrência, mediante o fornecimento dos elementos necessários para comprovação da emergência ou da urgência, a fim de controle e providências administrativas.

**5.5.1** O FUSEx/SAMMED/PASS não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências acima previstas;

**5.5.2** O atendimento no caso de emergência ou comprovada urgência será coberto por guia de encaminhamento única, emitida impessoalmente, que abarque o atendimento que fora dispensado ao beneficiário, ainda que tal atendimento envolva equipe multidisciplinar.

**5.5.3** A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através da fiscalização periódica e regular de, pelo menos, um dos membros da equipe de auditores do CREDENCIANTE ao socorro móvel e ambulâncias do CREDENCIADO, bem como os respectivos materiais pertinentes.

**5.5.4** Os tratamentos não cobertos por parte do FUSEx/SAMMED/PASS, conforme subitem especificado do edital, não se incluem na presente contratação.

5.5.4.1 Caso solicitado, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.

**5.5.5** No caso de óbito de beneficiário, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a família do paciente e o Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) de Paulo Afonso (1ª Cia Inf),

através do Fax Nr (75) 3281-8257, a quem caberá tomar as providências subsequentes.

- 5.6 A execução deste Termo deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno da 1ª Companhia de Infantaria. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.
- 5.7 O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este Termo de Credenciamento.
- 5.8 A assistência de emergência compreende os quadros clínicos agudos que impliquem em risco de morte ou requeiram atendimento imediato.
- 5.9 As características e condições da assistência incluem a presença, em \_\_\_\_\_ minutos no local onde o paciente se encontre, da equipe necessária para tratar a emergência e suas possíveis complicações.
- 5.10 O tratamento prolongar-se-á até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a internação, na rede hospitalar indicada por parte do CREDENCIANTE, por meio de uma UTI móvel terrestre, especialmente estruturada para minimizar o risco vital do paciente até o centro de tratamento definitivo.
- 5.11 A assistência de Emergência abrange os quadros clínicos agudos e cirúrgicos que impliquem em risco de vida, assim entendidos:
- 5.11.1 Doenças cardiovasculares (parada cardíaca respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina "*pectoris*", edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral);
  - 5.11.2 Doenças respiratórias (insuficiência respiratória aguda, crise asmática, entre outros.);
  - 5.11.3 Doenças neurológicas (com fortes dores de cabeça, com vômito ou não, síncope, convulsão, coma, entre outros);
  - 5.11.4 Comas metabólicos, politraumatismos, afogamentos, choques elétricos;
  - 5.11.5 Grave comprometimento raque medular, grandes queimaduras (acima de 15% da superfície corpórea);
  - 5.11.6 Intoxicações graves, anafilaxia e toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais;
  - 5.11.7 Atropelamentos, acidentes domiciliares, de trânsito e outros; e,
  - 5.11.8 Toda e situação que possa ser interpretada como risco de vida.
- 5.12 A assistência de urgência compreende o atendimento do quadro de doenças agudas ou em agravamentos, de início súbito ou não, habitual ou não ao beneficiário e que não seja recomendada sua ida até seu médico e será prestado no local onde o paciente se encontrar.
- 5.13 Entendem-se como quadro clínico de urgência para efeito da prestação do serviço contratado, as sintomatologias apresentadas a seguir, de forma, isolada ou não:
- 5.13.1 Dores abdominais intensas;
  - 5.13.2 Dores de cabeça súbitas e intensas;
  - 5.13.3 Hipertermias que não se aliviam com remédios habituais;
  - 5.13.4 Cólica frenética e cólica biliar;
  - 5.13.5 Vômitos repetidos;

- 5.13.6** Ferimentos profundos ou múltiplos;
  - 5.13.7** Tonturas intensas com perda súbita do equilíbrio ou sonolência;
  - 5.13.8** Crises hipertensivas;
  - 5.13.9** Quadros de hipotensão arterial;
  - 5.13.10** Fraturas, mesmo que sem ruptura de pele ou perda de consciência, mas com dor intensa e dificuldade de movimentação;
  - 5.13.11** Asma moderada com piora progressiva, mesmo após a administração dos medicamentos habituais;
  - 5.13.12** Falta de ar e sensações de desmaios; e,
  - 5.13.13** Outros quadros patológicos que requeiram pronto atendimento e apresentem características que não sejam recomendadas o deslocamento do paciente.
- 5.14 Compreende o atendimento a quadros clínicos específicos, incluindo os psiquiátricos, não relacionados nas subcláusulas acima.
- 5.15 O tratamento prolongar-se-á durante o traslado para uma OMS ou uma OCS, indicada por parte do CREDENCIANTE.
- 5.16 Ficam excluídos da presente contratação os serviços de atendimento aos casos de alta hospitalar, consultas ambulatoriais, realização de exames, sessões de radioterapia, quimioterapia, hemodálises, doenças de notificação compulsória, transporte de doadores ou órgãos, trabalho de parto, distúrbios neurovegetativos, alcoolismo crônico e dores de dente.
- 5.16.1** Para atendimentos ambulatoriais e/ou procedimentos eletivos, a apresentação do paciente nas instalações do CREDENCIADO correrá por conta do beneficiário.
  - 5.16.2** Qualquer material, equipamento, dieta e outro produto nutricional e medicamento utilizado por parte do CREDENCIADO no atendimento do paciente, inclusive sangue e seus componentes, será providenciado, cobertos estes custos por conta do mesmo, com observância das regras postas no edital e anexos.
  - 5.16.3** O justo valor do uso desses materiais e afins será incluído, mediante apresentação de nota fiscal, ao final do tratamento, na conta do paciente e submetido à Seção de Auditoria de Contas Médicas do CREDENCIANTE.
  - 5.16.4** A remoção do paciente será de responsabilidade do CREDENCIANTE, com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, contratados por meio de credenciamento.
  - 5.16.5** A remoção do paciente será de responsabilidade do CREDENCIADO, com utilização de ambulância, conforme valores constantes nas TABELAS DE REFERÊNCIAS, anexo do edital.
  - 5.16.6** Os beneficiários do FuSEx e seus dependentes diretos deverão ser encaminhados por UAAt, portando a Guia de Encaminhamento e serão identificados da seguinte forma:
    - 5.16.6.1 Os beneficiários do FuSEx e seus dependentes deverão apresentar o cartão de beneficiário com a carteira de identidade;
    - 5.16.6.2 Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário do FuSEx, fornecida pela UV, acompanhada da carteira de identidade militar ou, caso não possua, outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique).

- 5.16.7** Os beneficiários, servidores civis do Exército Brasileiro e seus dependentes diretos, deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento e deverão apresentar o cartão de beneficiário com a carteira de identidade;
- 5.16.7.1 Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário da PASS, fornecida pela UV, acompanhada da carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique);
- 5.16.8** Os usuários do Fator de Custos deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento e deverão apresentar a identidade militar ou a carteira de identidade;
- 5.16.8.1 Os dependentes diretos deverão apresentar, no ato do atendimento, carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (certidão de nascimento ou outro documento que o identifique);
- 5.16.9** Nos casos de atendimento nas áreas de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, o encaminhamento deverá ser efetuado, prioritariamente, por médico militar, depois de verificado o parecer do médico especialista e quando esgotados todos os recursos existentes nas OMS.
- 5.16.10** Nos casos de emergência ou de comprovada urgência, o atendimento será imediato, sem necessidade de apresentação de Guia de Encaminhamento, mediante a identificação do beneficiário socorrido, na forma expressa nos subitens 7, 8 e 9. Esse fato deverá ser comunicado por parte do CREDENCIADO e do usuário ou seu responsável legal, em no máximo 2 (dois) dias úteis, a contar da data da ocorrência, mediante o fornecimento dos elementos necessários para comprovação da emergência ou da urgência, a fim de controle e providências administrativas.
- 5.16.10.1 O FuSEx/SAMMED/PASS não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências acima previstas;
- 5.16.10.2 O atendimento no caso de emergência ou comprovada urgência será coberto por guia de encaminhamento única, emitida impessoalmente ao Serviço de Pronto-Socorro, que abarque o atendimento que fora dispensado ao beneficiário, ainda que tal atendimento envolva equipe multidisciplinar.
- 5.16.11** O CREDENCIADO, apresentado no seu Corpo Clínico, prestará assistência médico-hospitalar conforme a seguinte discriminação: cuidados rotineiros de enfermagem, material a ser consumido em serviços cirúrgicos e em curativos, recursos complementares de diagnóstico e terapia, salas de cirurgia e instalações equipadas com material e instrumental necessários à execução de atos médicos, medicação, alojamento, serviço de lavanderia, demais serventias e alimentação, inclusive dietas especiais e outros produtos nutricionais quando prescritos por parte do médico assistente.
- 5.16.12** Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entendendo-se como:
- 5.16.12.1 O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;
- 5.16.12.2 O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO;
- 5.16.12.3 O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.
- 5.16.13** Equipara-se ao subitem anterior, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.
- 5.16.14** A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo

- CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de, pelo menos, um dos membros da equipe de Auditores do CREDENCIANTE às dependências do CREDENCIADO, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes; assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.
- 5.16.15** O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.
- 5.16.16** A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FuSEx/SAMMED/PASS, decorrente de atendimento realizado em OCS ou por PSA, será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria das UAt, que decidirá pela sua autorização ou negação.
- 5.16.17** É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o art. 10 da Portaria nº DGP-48/2008.
- 5.16.18** Os beneficiários do FuSEx/SAMMED/PASS têm direito a cobertura ou financiamento de órteses e próteses não odontológicas, nos termos das Portaria nº DGP-48/2008 (IR 30-38) e Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57), indenizáveis de acordo com o Anexo A das respectivas portarias, após a indispensável indicação de médico especialista, devidamente justificada por meio de relatório e exames especializados, e aprovada por médico militar.
- 5.16.18.1 A cobertura acima indicada inclui órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico eletivo, submetido ao parecer da Comissão de Ética;
- 5.16.18.2 Ao beneficiário do será permitida a utilização de órteses e próteses não odontológicas por importação, quando não houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento e estará condicionada à autorização prévia do DGP, ouvida a Diretoria de Saúde (DSau), conforme art. 28 da Portaria nº DGP-48/2008 (IR 30-38).
- 5.16.19** Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme subitem mencionado no edital, não se incluem na presente contratação.
- 5.16.19.1 Caso solicitado, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.
- 5.16.20** No caso de óbito ocorrido com paciente internado, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a família do paciente e o Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) de Paulo Afonso (1ª Cia Inf), através do Fax Nr (75) 3281-8257, a quem caberá tomar as providências subsequentes.
- 5.16.21** Nos casos de internação, o CREDENCIADO deverá solicitar autorização prévia do Ordenador de Despesas da 1ª Companhia de Infantaria, conforme o modelo do anexo II deste Termo de Credenciamento.
- 5.16.22** O CREDENCIADO deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias para os casos de RETORNO DE CONSULTAS ambulatoriais.
- 5.16.23** O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado.
- 5.16.24** As faturas referentes às internações de longa permanência (com mais de quinze dias) deverão ser subtotalizadas e entregues dentro do mês de internação do paciente com a apresentação das despesas, pelo CREDENCIADO.

- 5.16.24.1 O CREDENCIADO deverá remeter, semanalmente, às segundas-feiras, via e-mail à Seção do Fundo de Saúde do Exército da 1ª Cia Inf (fusex1ciainf@gmail.com), a lista de pacientes internados.
- 5.16.25** A execução deste Termo deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno da 1ª Companhia de Infantaria. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.
- 5.16.26** O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Paulo Afonso possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este Termo de Credenciamento.
- 5.16.27** Os valores dos procedimentos médico-hospitalares serão renegociados a cada ano, mediante autorização da Diretoria de Saúde do Exército, visando sempre o melhor preço para as instituições e os nossos beneficiários.
- 5.17 Casos Omissos e Procedimentos não elencados por esta lista referencial de preço terão seus valores negociados entre as partes, buscando um valor final dentro dos preços do mercado da guarnição de Paulo Afonso-BA.
- 5.17.1** Sempre que possível, a contratante deverá solicitar 03 (três) orçamentos do procedimento, ou declaração que a OCS/PSA é a única a executar o serviço na guarnição.
- 5.18 Quando solicitada a inclusão de novos serviços e especialidades, esta será realizada por **apostilamento** após conhecimento do Chefe do Fusex da 1ª Cia Infantaria. Apreciada e confirmada a regularidade com as atividades da empresa ou profissional autônomo de saúde, o pagamento se dará conforme tabela já autorizada pela Diretoria de Saúde do Exército constante nesse referencial.
- 5.19 Na falta dos valores de pagamento em tabela já autorizada pela Diretoria de Saúde do Exército para os novos serviços ou especialidades, a equipe do Fusex da 1ª Cia de Infantaria deverá buscar valores adequados para sua remuneração através de negociação pautada na média de, pelo menos, três orçamentos locais ou uma declaração que a Organização Civil de Saúde/ Profissional de Saúde Autônomo são os únicos a prestar o serviço em toda região. No caso em comento, é necessária a consulta do Escalão Superior para posterior autorização.
- 5.20 No que diz respeito a MEDICAMENTO DE CUSTO ELEVADO E PRODUTOS MÉDICOS, esse processamento deverá obedecer o contido na PORTARIA Nº 139-DGP, DE 7 DE JULHO DE 2015, que aprova as Instruções Reguladoras para o Fornecimento de Medicamento de Custo Elevado e Produtos Médicos aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FUSEx).
- 5.21 As empresas e profissionais deverão realizar a entrega da fatura do mês corrente, até o **décimo dia útil**, do mês seguinte. Em caso do não cumprimento de tal medida poderá ocorrer o atraso do pagamento referente ao serviço prestado.

Paulo Afonso-BA, 28 de outubro de 2020.

**MARCOS ANTÔNIO SOARES SANTIAGO – 1º TEN**  
Chefe da Seção FUSEx da 1ª Cia Inf

**MARCOS ROGÉRIO CARDOSO DA SILVA - CEL**  
Ordenador de Despesas da 1ª Cia Inf