



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ (GSAU-GW)

SUMÁRIO

1. OBJETO	4
2. JUSTIFICATIVA DO CREDENCIAMENTO	5
3. ABRANGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO	9
4. EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS	10
5. DO REAJUSTE DE PREÇOS	13
6. VALORES ESTIMADOS ANUAL E GLOBAL PARA CONTRATAÇÃO	13
7. CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	13
8. PRAZO DE VIGÊNCIA	13
9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS	14
10. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO	15
11. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE	18
12. INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO	18
13. DESCREDENCIAMENTO	19
14. FATURAMENTO E COBRANÇA	19
15. VALORES	22
15.11. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES	25
15.12. DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	28
15.13. DIÁRIAS DE ISOLAMENTO BÁSICAS	29
15.14. DIÁRIAS DE ISOLAMENTO DE UTI	29
15.15. DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA	29
15.16. DIÁRIAS DE HOSPITAL-DIA EM PSIQUIATRIA	32
15.17. TAXAS DE SALA	33
15.18. TAXAS DE SALA DE CC, HEMODINÂMICA E/OU OBSTÉTRICA	34
15.19. TAXA DE SALA DE HEMODIÁLISE PARA PACIENTE CRÔNICO	38

15.20. TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA	38
15.21. TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA, TERAPIA HORMONAL, TERAPIA ALVO MOLECULAR, IMUNOBIOLOGICA E RADIOTERAPIA	39
15.22. TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS/ DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/PRONTO ATENDIMENTO (PA)	42
15.23. TAXA DE SALA DE EMERGÊNCIA	43
15.24. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA	44
15.25. TAXA DE INALAÇÃO	44
15.26. TAXA DE CURATIVOS	45
15.27. TAXA DE HEMOTERAPIA	46
16. HONORÁRIOS DE NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL E FISIOTERAPIA	46
16.1. CONSULTA COM NUTRICIONISTA	46
16.2. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO	47
16.3. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO	47
16.4. CONSULTA/SESSÃO MULTIDISCIPLINAR COM PSICÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL	48
16.5. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL	48
16.6. CONSULTA/SESSÃO COM FISIOTERAPEUTA	48
17. REMOÇÕES	49
18. PACOTES	51
18.2. PACOTES APARELHO GASTROINTESTINAL	51
18.2.1. COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA	51
18.2.2. COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	51
18.2.3. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	52
18.2.4. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA	52
18.2.5. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE UREASE	52
18.3. PACOTES DE PROCEDIMENTOS	52
18.3.1. GLICEMIA CAPILAR POR GLUCOMETER	52
18.4. PACOTE FACECTOMIA COM LIO COM FACOEMULSIFICAÇÃO	52
19. ATENÇÃO DOMICILIAR	53
19.6. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR	53
19.7. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	55
20. INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS	59

21. HONORÁRIOS MÉDICOS CIRÚRGICOS; AS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS; AS CONSULTAS MÉDICAS EM PRONTO SOCORRO; HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA	60
21.1. CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS	60
21.2. CONSULTAS EM PRONTO SOCORRO	61
21.3. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA	61
22. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS	61
23. DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS	61
24. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICOS/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS	62
25. OPME	62
26. MATERIAIS REPROCESSADOS	64
27. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE	64
28. NOTAS COMPLEMENTARES	66
 ANEXOS:	
Anexo 1: SOLICITAÇÃO DE GAB	69
Anexo 2: GAB	71
Anexo 3: GEAM	72
Anexo 4: FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	73
Anexo 5: TERMO DE CIÊNCIA – DIREITO DE LIVRE ESCOLHA	74
Anexo 6: NEAD	75
Anexo 7: RELATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	77
Anexo 8: FORMULÁRIO DE REMOÇÃO	81
Anexo 9: SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE OPME	82
Anexo 10: RELATÓRIO SOCIAL	83



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ (GSAU-GW)**

**ESPECIFICAÇÕES GERAIS
CREDENCIAMENTO DE ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE E DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE AUTÔNOMOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
MÉDICO-HOSPITALARES E DE REABILITAÇÃO**

1. OBJETO

1.1. 1.1. Contratação de serviços para credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) interessados na prestação de serviços de assistência médico-hospitalar nas seguintes especialidades: regime ambulatorial e hospitalar, atendimento de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas por dia, serviço de atenção domiciliar, institutos de longa permanência para idosos, remoção entre hospitais (ambulâncias de suporte simples e suporte avançado), reabilitação fonoaudiológica, fisioterapia, nutricional, psicológica e de terapia ocupacional, serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, medicina diagnóstica (exames de imagem), medicina intervencionista, medicina avançada, medicina nuclear, hemoterapia, nefrologia (diálise e hemodiálise), medicina hiperbárica, taxas, serviços e diárias de internação (UTI, apartamento, enfermaria e isolamento), internação psiquiátrica, transplantes, oncologia (quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, teleterapia e radiocirurgia), para os beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), nos termos da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e da Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019, com respectiva regulamentação, localizados no Vale do Paraíba - SP e Itajubá - MG, e/ou outra localidade, conforme conveniência e oportunidade da Administração, devidamente justificadas, por determinação da Portaria COMGEP nº 2.000/2GAB, de 31 de agosto de 2017, publicada no Boletim do Comando da Aeronáutica nº 155, de 11 de setembro de 2017, para complementar os serviços especializados existentes na rede ambulatorial e hospitalar das Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA), conforme o inciso II do art. 20 do Decreto nº 92.512, de 02 de abril de 1986. Poderão, ainda, eventualmente, amparar os beneficiários do sistema de saúde de outras Forças Singulares, conforme a Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016, desde que não haja recursos técnicos ou materiais disponíveis nas OSA, conforme as condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

ITEM	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO DO CATSER	CATSER	Unidad e de Medida	Quant	Valor Unitário
	Assistência Médica – Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio	12920	SV	01	R\$ 8.500.000,00
TOTAL GERAL					R\$ 8.500.000,00

Fonte: Catálogo de Serviços do SIAG

1.2. Os serviços, objeto desta contratação, são caracterizados como comuns, conforme justificativa constante no Estudo Técnico Preliminar.

1.3. O contrato celebrado a partir do credenciamento terá vigência inicial de 60 (sessenta) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima de 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

1.3.1. Os contratos poderão ser alterados, com a devida motivação, nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

1.4. O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

1.5. As Organizações Civis de Saúde (OCS) e os Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) poderão requerer o credenciamento nas modalidades ou especialidades que cumpram os requisitos pertinentes à habilitação.

1.6. Os credenciados para a prestação de serviços deverão estar aptos a atender dentro da região do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo, e/ou na cidade de Itajubá – Minas Gerais, e/ou em outra localidade, conforme conveniência e oportunidade da Administração, devidamente justificadas.

1.7. Para todos os efeitos, os serviços e suas características estão descritos neste Termo, devendo estes prevalecer em caso de conflito com a descrição do CATSER.

2. JUSTIFICATIVA DO CREDENCIAMENTO

2.1 O Grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW) é uma organização militar de saúde com serviços de emergência, internação, centro cirúrgico e laboratório de análises clínicas. O GSAU-GW possui, ainda, seção odontológica e ambulatório com as seguintes especialidades: ginecologia e obstetrícia, ortopedia, pediatria, cardiologia, clínica médica, psiquiatria, otorrinolaringologia, oftalmologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional e psicologia, que atualmente assistem mais de 7.500 (sete mil e quinhentos) usuários (dados do Sistema de Gerenciamento de Pessoal – SIGPES, em setembro de 2024), na Guarnição de Aeronáutica de Guaratinguetá (GUARNAE-GW), abrangendo os militares da ativa e da inatividade, pensionistas e seus dependentes.

2.2. Por determinação do Senhor Comandante do Comando-Geral de Pessoal (COMGEP), por meio da Portaria COMGEP nº 2.000/2GAB, de 31 de agosto de 2017, foi estabelecido o GSAU-GW como Organização Militar Credenciante responsável pela elaboração, execução e gerenciamento do processo de credenciamento e uso de prestadores de serviços de saúde complementar do SISAU, dentro do âmbito de sua atuação.

2.3. No Boletim do Comando da Aeronáutica nº 155, de 11 de setembro de 2017, o GSAU-GW passa a apoiar o setor do Grupo de Acompanhamento e Controle (GAC), instalado nas dependências da empresa HELIBRAS, na cidade de Itajubá, no Estado de Minas Gerais (MG), com o credenciamento naquela localidade. Este setor foi unificado e passou a ser chamado Grupo de Acompanhamento e Controle - Comissão Coordenadora do Programa Aeronave de Combate (GAC-COPAC), conforme Portaria DCTA 330/DNO, de 14 de dezembro de 2017.

2.4. O GSAU-GW é incapaz de acompanhar e prover todos os profissionais de saúde, terapias e procedimentos necessários, por ocasião, por exemplo, de novos protocolos clínicos e/ou demanda crescente, da inexistência de alguns especialistas, das diversas especialidades requeridas nos atendimentos e dos recursos tecnológicos (UTI, tomografias, ressonâncias, ultrassons, atenção domiciliar, entre outros). Estima-se a formalização de credenciamentos para possibilitar o atendimento das demandas existentes, tanto de especialidades não disponíveis (por exemplo: oncologia com quimioterapia e radioterapia, cirurgia cardíaca, cirurgia vascular, hematologia) quanto daquelas em que o número de profissionais do GSAU-GW não consegue atender à demanda solicitada.

2.5. Por isso, o credenciamento de prestadores de serviços de saúde em áreas diversas e com mais de um prestador em cada área se faz necessário. Em face do art. 20, inciso II, do Decreto nº 92.512/1986, vale salientar que, para complementar os serviços especializados das Organizações Militares de Saúde, são esgotadas todas as possibilidades de utilização da rede própria do SISAU, julgadas em cada caso a conveniência e oportunidade conforme o contexto do caso concreto, devidamente justificadas, não havendo, dessa forma, terceirização indevida da atividade-fim do GSAU-GW.

2.6. O art. 20 do Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986, permite a terceirização da assistência médico-hospitalar em três hipóteses: no caso de inexistência de organizações de saúde das Forças Armadas; para complementação dos serviços especializados das organizações militares de saúde; e para outros fins, a critério dos respectivos Ministérios, entendidos, por interpretação progressiva decorrente da criação do Ministério da Defesa, como os Comandantes das Forças Armadas:

“Decreto nº 92.512, de 1986, art. 20. Os Ministérios Militares, através de seus órgãos competentes, poderão celebrar convênios ou contratos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com particulares, respectivamente, para:

I - prestar assistência médico-hospitalar aos seus beneficiários nas localidades onde não existam organizações de saúde das Forças Armadas;

II - complementar os serviços especializados de suas organizações militares de saúde;

III - outros fins, a critério dos respectivos Ministérios.

Parágrafo único. As organizações de saúde das Forças Armadas, através de convênios ou contratos firmados nas mesmas condições deste artigo, poderão prestar assistência médico-hospitalar ao público estranho aos Ministérios Militares, quando inexistir organização civil congênere na localidade.”

2.7. A assistência médico-hospitalar é um direito dos militares e de seus dependentes, previsto expressamente no art. 50, inciso IV, alínea "e", da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Militares), e será exercida nas condições ou limitações estabelecidas na legislação regulamentar.

“Lei nº 6.880, de 1980, art. 50. São direitos dos militares:

IV - nas condições ou nas limitações impostas na legislação e regulamentação específicas:

e) a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários.”

2.8. Diante do exposto e com o objetivo de atender aos anseios do GSAU-GW e da organização militar do GAC-COPAC, faz-se necessário o credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) interessados na prestação de assistência médico-hospitalar e de reabilitação. Isso inclui atendimentos ambulatoriais, de urgência/emergência em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias, atendimento hospitalar, Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), Institutos de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e transporte especializado (ambulâncias tipo suporte avançado e simples), reabilitação fonoaudiológica, fisioterápica, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, além de apoio ao diagnóstico e terapia aos beneficiários do SISAU, que compreendem os militares da ativa e inatividade, pensionistas e seus respectivos dependentes e, eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares (Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016), para complementar os serviços existentes na rede hospitalar e ambulatorial do GSAU-GW.

2.9. O credenciamento será feito na modalidade de Inexigibilidade de Licitação, conforme preconiza o art. 74 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

Art. 74 da Lei nº 14.133/2021:

É inexigível a licitação quando inviável a competição, em especial nos casos de:

I - aquisição de materiais, de equipamentos ou de gêneros ou contratação de serviços que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivos;

II - contratação de profissional do setor artístico, diretamente ou por meio de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública;

III - contratação dos seguintes serviços técnicos especializados de natureza predominantemente intelectual com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação:

a) estudos técnicos, planejamentos, projetos básicos ou projetos executivos;

b) pareceres, perícias e avaliações em geral;

c) assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;

d) fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

e) *patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;*

f) *treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;*

g) *restauração de obras de arte e de bens de valor histórico;*

h) *controles de qualidade e tecnológico, análises, testes e ensaios de campo e laboratoriais, instrumentação e monitoramento de parâmetros específicos de obras e do meio ambiente e demais serviços de engenharia que se enquadrem no disposto neste inciso;*

IV - objetos que devam ou possam ser contratados por meio de credenciamento;

V - aquisição ou locação de imóvel cujas características de instalações e de localização tornem necessária sua escolha.

§ 1º *Para fins do disposto no inciso I do **caput** deste artigo, a Administração deverá demonstrar a inviabilidade de competição mediante atestado de exclusividade, contrato de exclusividade, declaração do fabricante ou outro documento idôneo capaz de comprovar que o objeto é fornecido ou prestado por produtor, empresa ou representante comerciais exclusivos, vedada a preferência por marca específica.*

§ 2º *Para fins do disposto no inciso II do **caput** deste artigo, considera-se empresário exclusivo a pessoa física ou jurídica que possua contrato, declaração, carta ou outro documento que ateste a exclusividade permanente e contínua de representação, no País ou em Estado específico, do profissional do setor artístico, afastada a possibilidade de contratação direta por inexigibilidade por meio de empresário com representação restrita a evento ou local específico.*

§ 3º *Para fins do disposto no inciso III do **caput** deste artigo, considera-se de notória especialização o profissional ou a empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiência, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e reconhecidamente adequado à plena satisfação do objeto do contrato.*

§ 4º *Nas contratações com fundamento no inciso III do **caput** deste artigo, é vedada a subcontratação de empresas ou a atuação de profissionais distintos daqueles que tenham justificado a inexigibilidade.*

§ 5º *Nas contratações com fundamento no inciso V do **caput** deste artigo, devem ser observados os seguintes requisitos:*

I - avaliação prévia do bem, do seu estado de conservação, dos custos de adaptações, quando imprescindíveis às necessidades de utilização, e do prazo de amortização dos investimentos;

II - certificação da inexistência de imóveis públicos vagos e disponíveis que atendam ao objeto;

III - justificativas que demonstrem a singularidade do imóvel a ser comprado ou locado pela Administração e que evidenciem vantagem para ela.

2.9.1. A inviabilidade de competição ressalta-se, sobretudo, pelo fato de que, em nome do interesse público, existe a necessidade de obter diversas propostas vantajosas.

2.9.2. As contratações com todas as credenciadas serão regidas pelas mesmas regras, de forma isonômica e sem relação de exclusividade, especialmente quanto à uniformidade de preços, às exigências de habilitação e às condições de execução do objeto.

2.9.3. Uma particularidade do credenciamento é permitir buscar todas as empresas e profissionais liberais que preencham as condições exigidas e aceitem a prestação do serviço, fazendo com que, quanto mais entidades credenciadas, mais adequados serão à plena satisfação dos serviços desejados e, conseqüentemente, à satisfação dos usuários do SISAU.

2.9.4. A escolha da credenciada caberá ao beneficiário da prestação dos serviços, assegurando a impessoalidade na definição de demandas. Os contratados podem ser demandados, em quantidades diferentes, pelos beneficiários, excluindo-se a vontade da Administração na determinação da demanda por credenciada.

2.10. O princípio constitucional e administrativo que norteia o credenciamento é o da isonomia. Ao atestar a inviabilidade de atingir o interesse público através da individualização de uma única pessoa, quanto maior o número de prestadores de serviços, melhor serão supridas as necessidades da Administração, que deve assegurar que todos aqueles que com ela queiram estabelecer um ajuste possam fazê-lo, desde que atendam a alguns requisitos. Não há distinção, pois qualquer credenciada assumirá igual obrigação perante a Administração e receberá igual pagamento, conforme serviços prestados, nas mesmas condições das demais credenciadas.

2.11. Vale salientar que é incompatível com a Constituição da República (art. 37, inciso II), em regra, a contratação de pessoas jurídicas prestadoras de serviços ou de profissionais autônomos da área de saúde para atuarem no interior das instalações das Organizações Militares de Saúde, tendo em vista a existência de carreira com atribuições específicas a serem desempenhadas por profissionais especializados das Forças Armadas.

3. ABRANGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

3.1. As Organizações Civis de Saúde (OCS) e os Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) poderão requerer o credenciamento nas modalidades ou especialidades que cumpram os requisitos pertinentes à habilitação.

3.2. Os credenciados para a prestação de serviços deverão estar aptos a atender dentro da região do Vale do Paraíba, no estado de São Paulo; e/ou na cidade de Itajubá, em Minas Gerais; e/ou em outra localidade, neste caso, conforme a conveniência e oportunidade da Administração, devidamente justificados.

3.3. Serão considerados beneficiários dos serviços prestados no credenciamento:

3.3.1. Os beneficiários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), para fins de indenização da assistência à saúde, previstos no item 5 da NSCA 160-5/2022. Normativo disponível no endereço http://www.cendoc.intraer/sisbca/bca_pdf/2022/bca_178_21-09-2022.pdf.

3.3.2. Os beneficiários exclusivos da Assistência Médico-Hospitalar (AMH), não contribuintes do FUNSA, previstos no item 6 da NSCA 160-5/2022, desde que vivam sob dependência econômica do militar, sob o mesmo teto e quando expressamente declarados e comprovados na Organização

Militar do titular. Normativo disponível no endereço http://www.cendoc.intraer/sisbca/bca_pdf/2022/bca_178_21-09-2022.pdf.

3.3.3. Os beneficiários citados deverão apresentar, para fins de atendimento médico-hospitalar, a documentação que os identifica: para os beneficiários do FUNSA, documento de identificação pessoal com foto e a Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB) (Anexo 2); e para os beneficiários exclusivos da AMH, documento de identificação pessoal com foto e a Guia de Encaminhamento para Assistência Médico-Hospitalar (GEAM) (Anexo 3); conforme prevê a legislação NSCA 160-5/2022, do Comando da Aeronáutica. Normativo disponível no endereço http://www.cendoc.intraer/sisbca/bca_pdf/2022/bca_178_21-09-2022.pdf.

3.3.4. Os beneficiários ainda poderão ser identificados pelos seguintes documentos pessoais: se contribuinte titular, o último contracheque e carteira de identidade militar; se dependente, último contracheque do titular e carteira de identidade civil ou militar, certidão de nascimento para os dependentes menores de 10 anos, ou ainda outro documento que permita a identificação da condição de dependência.

3.4. Nos casos excepcionais em que for necessário o encaminhamento para a rede credenciada de pacientes não cadastrados no Sistema Informatizado da Saúde Complementar (SISAUC) (beneficiário da assistência do SISAU ainda não cadastrado, assistência por ordem judicial, após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde, ou beneficiário do Sistema de Saúde de outra Força Singular), a autorização prévia será formalizada por meio de Ofício Externo assinado por autoridade competente.

3.5. O valor faturado no atendimento aos beneficiários informados no item 3.4 será conforme a tabela estabelecida.

4. EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. A assistência médico-hospitalar aos beneficiários do SISAU será prestada prioritariamente na rede própria do SISAU, na OSA que dispuser dos recursos técnicos (equipamentos, instalações e pessoal) adequados para o atendimento ao beneficiário.

4.2. O encaminhamento para entidade credenciada será feito por OSA, Organização Militar (OM) ou fração de OM, com autorização prévia do GSAU-GW, através de documento hábil de apresentação do beneficiário (GAB, GEAM ou Ofício Externo de Apresentação), excetuando-se os casos de urgências justificadas e após autorizadas pela Subseção de Auditoria Técnica (SSAUT) do FUNSA.

4.3. A Guia de Apresentação de Beneficiário - GAB (Anexo 2) deverá conter os dados de identificação do usuário, do contribuinte titular e do prestador de serviço, a descrição do procedimento a ser realizado, bem como sua codificação na tabela adotada em convênio, contrato ou credenciamento, para que haja estreita vinculação entre o procedimento autorizado e o executado e o tipo de acomodação prevista para o beneficiário em caso de internação.

4.4. A Guia de Encaminhamento para a Assistência Médica - GEAM (Anexo 3) deverá conter todos os dados previstos no item 4.3, acrescidos da informação, em destaque, de que o beneficiário atendido deverá indenizar o valor correspondente a 100% (cem por cento) da despesa gerada em fatura (conforme art. 32, § 1º do Decreto 92.512, de 2 de abril de 1986 e do item 6.3 da NSCA 160-7/2019), de acordo com as tabelas acordadas neste processo.

4.5. Excetuando-se os casos de urgência/emergência justificada e após auditoria médica da SSAUT do FUNSA, o uso da rede credenciada sem autorização formal e prévia do GSAU-GW será caracterizado como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente, situação na qual o Comando da Aeronáutica (COMAER) fica desincumbido da responsabilidade de arcar com as despesas que decorrem desse uso.

4.6. É de responsabilidade do GSAU-GW gerenciar as internações na rede complementar do SISAU sob sua responsabilidade, por meio de auditoria prospectiva e concorrente. Logo que as condições clínicas do paciente permitirem e houver OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA apta a receber o caso, o GSAU-GW providenciará sua transferência, conforme item 6.1.6 da NSCA 160-7/2019 .

4.7. No caso de recusa do beneficiário e/ou seu responsável em transferi-lo para uma OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA, o GSAU-GW deverá dar ciência ao beneficiário ou seu representante, formalmente documentada, de que, a partir daquela data, o COMAER não mais se responsabilizará pelas despesas com o tratamento, o qual será caracterizado como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente.

4.8. Nos casos do item 4.7, o beneficiário/responsável pelo paciente deverá assinar um Termo de Ciência (Anexo 5), elaborado pelo GSAU-GW, após receber as devidas orientações de que está optando pelo seu direito de livre escolha.

4.9. Caso haja a recusa mencionada no item 4.7, além de providenciar a assinatura do Termo de Ciência Direito de Livre Escolha (Anexo 5) pelo beneficiário/responsável pelo paciente, o GSAU-GW também deverá comunicar imediata e formalmente ao prestador de serviço que se encontra desincumbido da responsabilidade de arcar com as despesas decorrentes, a partir da data em que a remoção do paciente deixou de ser realizada única e exclusivamente por vontade expressa pelo mesmo ou seu responsável.

4.10. Em casos de comprovada urgência e/ou emergência, após auditoria pela SSAUT, quando não houver a possibilidade de emissão de autorização prévia, o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço contratado, sem guia/documento próprio de encaminhamento. Nestes casos, a auditoria do GSAU-GW deverá, após ciência do fato e adequada comprovação do caráter de urgência e/ou emergência, emitir a autorização formal para o procedimento e iniciar o acompanhamento de todo o processo de assistência à saúde.

4.11. Após contato com o GSAU-GW, a emissão de GAB aos prestadores credenciados estará condicionada ao consequente envio de relatório médico para o e-mail: funsa.gsaugw@fab.mil.br, dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas úteis, fornecendo todos os dados necessários sobre os procedimentos tomados.

4.12. Cabe também ao beneficiário do FUNSA e/ou seu responsável, de maneira concorrente ao prestador de serviço, comunicar o atendimento de urgência/emergência à OM da Aeronáutica mais próxima, preferencialmente OSA, dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas consecutivas, apresentando o Formulário de Atendimento de Emergência devidamente preenchido pelo médico assistente (Anexo 4).

4.13. Em caso de omissão do pedido de autorização via telefone e/ou do envio do relatório médico, poderá haver a glosa da fatura ou do exame realizado, por parte da Auditoria Técnica da Organização Credenciadora (OC), pois será interpretado que houve livre-arbítrio no atendimento pela prestadora credenciada.

4.14. A GAB será assinada pelo(a) Comandante do GSAU-GW ou por Oficial a quem seja delegada competência.

4.15. Para certificação do procedimento autorizado pela GAB, o paciente ou seu responsável deve, obrigatoriamente, assinar no campo correspondente na Guia, por ocasião do ato de execução do procedimento.

4.16. Nos casos excepcionais em que for necessário o encaminhamento para a rede credenciada de pacientes não cadastrados no Sistema para a Saúde Complementar (a citar: beneficiários da assistência do SISAU ainda não cadastrados, ou assistência por ordem judicial, ou ainda, após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde), a autorização prévia será formalizada por meio de Ofício Externo assinado pelo(a) Comandante do GSAU-GW ou Oficial delegado.

4.17. Nos casos previstos no item 4.16, o paciente ou seu responsável deve, obrigatoriamente, escrever e assinar no verso do ofício de encaminhamento, conforme modelo abaixo: “Certifico que o(s) serviço(s) constante(s) nesse Ofício foi(ram) prestado(s).” - datar e assinar com o nome do responsável, posto e/ou graduação em letra de imprensa.

4.18. O encaminhamento de pacientes beneficiários exclusivos da AMH para a assistência de saúde em entidades credenciadas/contratadas pelo GSAU-GW será feito por meio de GEAM (Anexo 3), na qual constará a observação de que o responsável deverá pagar integralmente (100% - cem por cento) o valor acordado no presente contrato, diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento, de forma a não causar dúvidas quando da apresentação das contas ao responsável.

4.19. A GEAM será assinada pelo(a) Comandante do GSAU-GW ou por Oficial a quem seja delegada competência.

4.20. O encaminhamento para a rede credenciada do SISAU de beneficiário de outra Força Singular será feito também via Ofício Externo de Apresentação, pelo GSAU-GW, após análise técnica e administrativa de sua pertinência. Esse Ofício será utilizado em substituição à GAB e deverá retornar ao GSAU-GW, anexo à fatura do serviço prestado, por ocasião da apresentação da conta.

4.21. Para a realização da auditoria retrospectiva da conta referente ao beneficiário de outras Forças Singulares atendido pela rede complementar do SISAU, será adotada a tabela prevista no Termo de Credenciamento estabelecido entre o GSAU-GW e o prestador de serviço.

4.22. A CONTRATADA deve proceder à verificação rigorosa da identificação dos beneficiários. Qualquer despesa decorrente de negligência ou má-fé na averiguação do usuário pela CONTRATADA será de responsabilidade exclusiva da CONTRATADA.

4.23. Na impossibilidade de realizar a identificação do beneficiário, a CONTRATADA fica desobrigada a atendê-lo nas condições pactuadas no presente documento, passando a considerá-lo como paciente particular, sujeito às normas e tabelas específicas, arcando o paciente com todas as despesas de seu atendimento ou internação, retroativas à data do início da prestação dos serviços.

5. DO REAJUSTE DE PREÇOS

5.1. Os valores estabelecidos no TERMO DE CREDENCIAMENTO poderão ser reajustados anualmente, a critério do GSAU-GW, sendo observados os parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

6. VALORES ESTIMADOS ANUAL E GLOBAL PARA CONTRATAÇÃO:

6.1. O valor estimado anual e global para contratação de PSA e OCS, por esta Unidade Gestora (UG), está discriminado na tabela abaixo:

Tipo	12 MESES
PSA	R\$ 150.000,00
OCS	R\$ 8.350.000,00

Fonte: Dados baseados nos últimos anos do Sistema para a Saúde Complementar (SISAUC).

7. CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIAS

7.1. As despesas para atender às contratações decorrentes do credenciamento estão programadas em dotação orçamentária própria, conforme classificação: o custo estimado com o processo de credenciamento, considerando a estimativa anual de serviços a serem credenciados, é de R\$ 8.500.000,00 (oito milhões e quinhentos mil reais), a ser suportado pelos recursos destinados à Unidade Gestora Controle - Escola de Especialistas de Aeronáutica (EEAR).

<u>Ações Orçamentárias:</u>	2004
<u>Gestão/ UGR:</u>	00001/120064 (EEAR)
<u>Fonte:</u>	1005000140
<u>PTRES:</u>	214550
<u>Natureza de despesa:</u>	339036-00 (Pessoa Física) e 339039-00 (Pessoa Jurídica)
<u>Plano Interno:</u>	A0004650100

8. PRAZO DE VIGÊNCIA

8.1. O credenciamento vigorará por prazo indeterminado e iniciar-se-á na data de assinatura do instrumento de contrato ou de seus aditamentos, podendo ser prorrogável nos termos do artigo 107 da Lei 14.133/2021, e conforme orientações aplicáveis do Enunciado nº 04 CPLC/DECOR/CGU/AGU.

8.2. O credenciamento será formalizado por intermédio de instrumento contratual, conforme as cláusulas obrigatórias estabelecidas pelos arts. 89 a 95 da Lei nº 14.133, de 2021.

8.3. O contrato poderá ser alterado, com a devida motivação, nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

8.4. O contrato poderá ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, conforme art 107 da Lei nº 14.133, de 2021).

8.5. A CREDENCIANTE providenciará a publicação resumida do instrumento de contrato ou de seus aditamentos no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), seguindo os prazos estipulados no art. 92 da Lei nº 14.133, de 2021.

9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 14.133, de 2021, o CREDENCIADO que, no decorrer do credenciamento:

9.1.1. Inexecutar total ou parcialmente os serviços pactuados;

9.1.2. Apresentar documentação falsa;

9.1.3. Comportar-se de modo inidôneo;

9.1.4. Cometer fraude fiscal;

9.1.5. Descumprir qualquer dos deveres relacionados neste Termo de Credenciamento e no instrumento convocatório.

9.2. O CREDENCIADO que cometer qualquer das infrações discriminadas acima ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

9.2.1. Advertência, no caso de faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos ao objeto do credenciamento.

9.2.2. Multas compensatórias de 10% (dez por cento) sobre o valor total estimado do Termo de Credenciamento, na hipótese de não dar início às atividades previstas contratualmente, paralisá-las ou abandoná-las, sujeitando-se, também, às sanções administrativas nos arts. 155 a 163 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.2.3. Multa moratória simples de 0,4% (quatro décimos por cento) calculada sobre o valor total estimado do Termo de Credenciamento por dia que ultrapassar o prazo estipulado para o seu cumprimento.

9.2.4. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos.

9.2.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, na forma da lei.

9.3. Na hipótese prevista no item 9.2.2 deste documento, a CREDENCIANTE poderá rescindir o contrato unilateralmente, caso em que o CREDENCIADO ficará sujeito às sanções administrativas estabelecidas nos arts. 155 a 163 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.4. O CREDENCIADO, uma vez notificado formalmente, tem a obrigação de assinar o **Termo de Credenciamento**. Caso o CREDENCIADO não cumpra essa obrigação, e não apresente uma justificativa válida para a recusa, incorrerá na penalidade prevista no art. 90 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.5. As multas devidas e/ou os prejuízos causados ao credenciante serão deduzidos dos valores a serem pagos, ou recolhidos em favor da União, ou ainda, quando for o caso, serão inscritos na Dívida Ativa da União e cobrados judicialmente.

9.6. A multa deverá ser recolhida no prazo de 10 (dez) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela Administração.

9.7. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Sistema de Cadastramento de Fornecedores (SICAF), e, no caso de suspensão de licitar, o CREDENCIADO será descredenciado por igual período, sem prejuízo das sanções e multas previstas neste edital.

9.8. As sanções de multas poderão ser aplicadas concomitantemente com as demais, facultada a defesa prévia do interessado, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data da notificação.

9.9. A aplicação das sanções administrativas não exime o CREDENCIADO da reparação pelos danos causados à Administração.

9.10. Também ficam sujeitas às penalidades de suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão credenciante e de declaração de inidoneidade, observado o exercício do contraditório e da ampla defesa, as empresas ou profissionais que, em razão do Credenciamento:

9.10.1. Tenham sofrido condenações definitivas por praticarem, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de tributos.

9.10.2. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos do credenciamento.

9.10.3. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

9.11. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 14.133, de 2021, e subsidiariamente na Lei nº 9.784, de 1999.

9.12. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da sanção, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

10. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

O CREDENCIADO assume as seguintes obrigações:

10.1. Manter as instalações da clínica/hospital nas mesmas ou melhores condições que as encontradas por ocasião da vistoria realizada pela Comissão de Análise Documental do Credenciamento e de Fiscalização dos Termos de Contrato, do GSAU-GW.

10.2. Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade à Administração.

10.3. Manter, durante toda a execução do Termo de Credenciamento, as condições de habilitação e qualificação exigidas no instrumento convocatório e determinadas em lei.

10.4. Executar os serviços conforme especificações do Termo de Credenciamento com os recursos necessários ao perfeito cumprimento das suas cláusulas.

- 10.5.** Fornecer os serviços auxiliares que se fizerem necessários ao tratamento recomendado pela boa técnica médica.
- 10.6.** Não estabelecer quaisquer distinções entre os beneficiários da CREDENCIANTE e clientes particulares ou beneficiários de planos de saúde.
- 10.7.** Identificar os beneficiários, conforme estabelecido neste Termo de Credenciamento, antes de prestar qualquer serviço.
- 10.8.** Deixar de prestar o serviço a beneficiário que não apresentar guia de encaminhamento válida, exceto a beneficiário em situação de urgência e/ou emergência comprovada, e ao usuário que apresentar a solicitação de procedimento (Modelo anexo II) emitida pelo Oficial Médico plantonista da GSAU-GW.
- 10.8.1.** No caso de urgência e/ou emergência, o CREDENCIADO obrigatoriamente deverá comunicar a CREDENCIANTE através do e-mail: funsa.gsaugw@fab.mil.br e preencher em 2 (duas) vias o Termo de Pronto Atendimento de Urgência ou Emergência (Modelo anexo I), entregar 1 (uma) via ao usuário e/ou responsável e solicitar que o mesmo apresente a via original deste Termo à FUNSA em até 48 horas, onde será feita a auditoria pela equipe da SSAUT e comprovada ou não a urgência/emergência. A não comunicação do procedimento ou a comprovação de que não se tratava de urgência/emergência pela SSAUT, acarretará ao usuário a responsabilidade pelo pagamento integral dos gastos oriundos deste atendimento ao CREDENCIADO conforme descrito nos itens 4.11 e 4.12 deste documento.
- 10.9.** Arcar com a responsabilidade civil por todos e quaisquer danos materiais e morais causados pela ação ou omissão própria ou de seus empregados, trabalhadores, prepostos ou representantes, dolosa ou culposamente, à União ou a terceiros.
- 10.10.** Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos técnicos dos serviços a serem executados, de conformidade com as normas e determinações em vigor.
- 10.11.** Relatar à CREDENCIANTE, por escrito, toda e qualquer irregularidade verificada no decorrer da prestação dos serviços.
- 10.12.** Não utilizar o trabalho de menor.
- 10.13.** É permitido ao CREDENCIADO subcontratar os seguintes serviços: unidades de terapia intensiva, serviços laboratoriais, serviços de apoio ao diagnóstico, locação de material hospitalar e serviços de remoção:
- 10.13.1.** O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação pertinentes à sua empresa, postos neste Edital;
- 10.13.2.** A subcontratação não liberará o CREDENCIADO de suas responsabilidades contratuais e legais quanto ao objeto subcontratado;
- 10.13.3.** A CREDENCIANTE, observando os critérios estabelecidos, segundo os quais somente serão admitidos no processo de credenciamento os estabelecimentos e profissionais de saúde que comprovem regularidade jurídica, fiscal, qualificação econômico-financeira e técnico-operacional, mediante a apresentação de todos os documentos exigidos, deverá conceder autorização prévia e expressa para a subcontratação, desde que esta também atenda às mesmas exigências.

10.13.4. O CREDENCIADO deverá indicar os eventuais subcontratados no momento de assinatura do contrato principal.

10.14. Informar a CREDENCIANTE, com 30 (trinta) dias de antecedência e por escrito, sobre a suspensão da realização de procedimentos acordados; e imediatamente em caso de quebra de equipamento.

10.15. Informar a CREDENCIANTE, previamente e por escrito, sobre a mudança de endereço e telefone do CREDENCIADO, que somente será aceita mediante a apresentação do alvará atualizado e após a consequente vistoria das novas instalações.

10.16. Disponibilizar à CREDENCIANTE, no estabelecimento hospitalar, não podendo dele serem retiradas, todas as informações relativas ao atendimento, prestação de serviços, assim como os prontuários dos pacientes, resultados de exames e outras informações pertinentes.

10.17. Sujeitar-se à auditoria prévia realizada pela CREDENCIANTE, quando esta julgar necessário, de prontuários médicos dos usuários dos sistemas, observadas as normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em relação à análise dos documentos, sigilo médico e procedimentos adotados pelos auditores.

10.18. Solicitar com antecedência autorização por escrito e enviar para o e-mail: funsa.gsaugw@fab.mil.br, sob pena de não autorização e pagamento:

10.18.1. Os pedidos de medicamentos, materiais, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e Dispositivo Médico Implantável (DMI), entendidos estes como os que se situam acima do valor unitário de R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais), devendo ser anexado em conta as etiquetas e/ou embalagens dos mesmos, independente da classificação na SIMPRO;

10.18.2. Os exames de Serviços de Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT), exceto os exames laboratoriais e Raios-X de rotina; e

10.18.3. As dietas enterais e parenterais deverão ser prescritas, especificadas e justificadas por médico nutrólogo, conforme RDC/ANVISA nº 503 de 27 de maio de 2021.

10.19. Dispensar aos usuários do SISAU atendimento acolhedor, de qualidade e humanitário, prestando, quando necessário, esclarecimentos sobre o(s) procedimento(s) executado(s), o quadro clínico do paciente, dentre outros, tanto para o paciente quanto para seus familiares.

10.20. Não serão pagos os procedimentos de caráter ambulatorial realizados no Pronto-Socorro/Pronto Atendimento nos credenciados.

10.21. Entende-se por Emergência uma situação ameaçadora, brusca e que requer medidas imediatas de correção e de defesa, pois o paciente apresenta risco iminente de morte.

10.22. Entende-se por Urgência uma ocorrência que necessita de tratamento médico e que deve ser resolvida rapidamente, entretanto possui um caráter menos imediatista que a emergência.

10.23. Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

10.24. Boas práticas para o processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada

RDC 15/2012 – Anvisa).

10.25. Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 358/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 222/2018 – ANVISA).

10.26. Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

10.27. Quanto ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, a contratada deverá obedecer às disposições do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS elaborado pelo órgão, além de obedecer às diretrizes constantes da Lei nº 12.305, de 2010 – Política Nacional de Resíduos Sólidos, Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, e RDC 222, de 28/03/2018 – ANVISA.

11. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE

A CREDENCIANTE assume as seguintes obrigações:

11.1. Proporcionar todas as condições para que o CREDENCIADO possa desempenhar seus serviços de acordo com as determinações deste Termo de Credenciamento e do instrumento convocatório.

11.2. Supervisionar o cumprimento de todas as obrigações assumidas pelo CREDENCIADO, de acordo com as cláusulas do Termo de Credenciamento.

11.3. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas.

11.4. Notificar o CREDENCIADO, por escrito, da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços e cláusulas contratuais, fixando prazo para a sua correção.

11.5. Pagar ao CREDENCIADO o valor resultante da prestação do serviço, na forma deste Termo de Credenciamento.

11.6. Zelar para que sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no instrumento convocatório para a participação do CREDENCIADO durante toda a vigência do Termo de Credenciamento.

11.7. Manter a indicação do CREDENCIADO em suas publicações periódicas e dos serviços de apoio e diagnósticos cadastrados, observando rigorosamente as suas atualizações.

11.8. Informar expressamente, por escrito, qualquer negativa de cobertura contratual.

12. INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO

12.1. A CREDENCIANTE realizará, durante suas visitas, apontamentos de inconsistências verificadas durante as auditorias "in loco" e retrospectivas, realizadas pelo militar competente, e efetuará relatórios para apreciação e resposta do CREDENCIADO, a fim de manter a segurança e qualidade assistencial do serviço prestado ao usuário.

12.2. As auditorias ocorrerão em setores correspondentes como:

12.2.1. Farmácias centralizadas e/ou descentralizadas;

12.2.2. Almoxarifados em geral e/ou descentralizados;

12.2.3. Postos de enfermagem dos setores hospitalares.

12.3. A CREDENCIANTE realizará, durante suas auditorias "in loco", a análise e averiguação dos prontuários dos usuários para validação e remuneração dos procedimentos executados pela equipe multiprofissional, conforme prevê os respectivos Conselhos de Classe.

12.4. Fica sob responsabilidade da CREDENCIADA fornecer, na sua totalidade, o prontuário do usuário com todos os procedimentos prescritos e evoluções multiprofissionais devidamente anotadas para auditoria realizada pela CREDENCIANTE.

12.5. A CREDENCIADA poderá sofrer glosas sobre os procedimentos, materiais e medicamentos que não forem evidenciados em prontuário por meio de prescrições e evoluções multiprofissionais adequadamente anotadas e checadas.

13. DESCREDENCIAMENTO

13.1. O Termo de Credenciamento poderá ser rescindido nos seguintes casos:

a) Se a CREDENCIADA falir, requerer liquidação judicial ou extrajudicial, transferir para terceiros, no todo ou em parte, os seus encargos, sem prévia aceitação, por escrito, por parte da CREDENCIANTE;

b) No interesse da Administração, mediante comunicação escrita, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que disso resulte qualquer ônus para a CREDENCIANTE ou direito pecuniário para a CREDENCIADA, além daqueles correspondentes aos serviços efetivamente prestados até a data da rescisão;

13.2. Os contratos poderão ser rescindidos nos casos de inexecução total ou parcial, de acordo com os motivos citados no art. 137 da Lei nº 14.133, de 2021, e conforme descrito neste documento.

13.3. Requerer à CREDENCIANTE a rescisão do contrato com o CREDENCIADO caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no Termo de Credenciamento ou venha a ocorrer qualquer das situações previstas no art. 137, inciso V e art. 137, §2º, incisos II e III, da Lei nº 14.133, de 2021. O CREDENCIADO também poderá solicitar, a qualquer tempo, a rescisão do Termo de Credenciamento, desde que seja observado um prazo mínimo de antecedência de 60 (sessenta) dias.

14. FATURAMENTO E COBRANÇA

14.3. Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas para auditoria de contas hospitalares "in loco", no máximo, a cada 10 (dez) dias. Nesses casos, devem ser abertas guias de continuidade por prorrogação de período.

14.4. Se algum médico ou outro profissional de saúde não credenciado ao GSAU-GW prestar atendimento em prestador contratado pelo GSAU-GW, a conta deverá ser faturada por essa instituição credenciada, a qual repassará os honorários ao profissional de saúde que prestou o serviço.

14.5. É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação ao preço adotado, ou do cometimento a terceiros (associação de servidores, por exemplo) da atribuição de proceder ao

credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

14.6. A CREDENCIADA terá prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da alta do usuário ou execução do serviço, para a apresentação da GAB, Anexo 2, acompanhada da fatura e dos demais documentos comprobatórios.

14.7. Em caso de falecimento do BENEFICIÁRIO, a solicitação de qualquer autorização deverá ser realizada eletronicamente pelo e-mail, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas corridas do fato, sob risco de glosa total da fatura por extinção do beneficiário no sistema.

14.8. O óbito deverá ser informado IMEDIATAMENTE por telefone à FUNSA: (12) 2131-7453 ou EMERGÊNCIA (12) 2131-7495 e por e-mail (funsa.gsaugw@fab.mil.br).

14.9. Após 90 (noventa) dias, todas as despesas apresentadas serão consideradas inaptas para pagamento, não cabendo recurso.

14.10. A fatura será auditada pela Subseção de Auditoria Técnica (SSAUT) do GSAU-GW, no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias corridos, contados da data de apresentação deste no Protocolo Externo da EEAR, pelo contratado, e será aprovada, emitindo o demonstrativo de conformidade (DC), se não houver inconformidades com os termos e condições do credenciamento e de auditoria em saúde.

14.11. Os LOTES de pagamento referentes às produções fechadas no mês serão enviados via e-mail (contas.auditoria.gsaugw@fab.mil.br) a todos os CREDENCIADOS até o 15º dia útil do mês subsequente. Todas as pendências, dúvidas ou respostas referentes ao lote enviado deverão ser tratadas neste mesmo e-mail.

14.12. Se houver inconformidade, a SSAUT justificará as glosas parciais ou totais, discriminará os itens e valores correspondentes através do Demonstrativo de Não Conformidade (DNC).

14.13. A CREDENCIANTE considerará passível de glosa as faturas que apresentarem rasuras, incorreções, vícios de forma, falta da assinatura digital ou ilegibilidade do arquivo e/ou documentos físicos. Será emitido o DNC e, neste caso, não caberá recurso. Por fim, a CONTRATADA será comunicada por meio do DNC.

14.14. Serão motivos de glosa por parte da CREDENCIANTE os constantes nas descrições dos itens deste documento.

14.15. A CREDENCIADA deverá dar quitação ou apresentar recurso de glosa ao DNC, com resposta enviada ao CREDENCIANTE, em até 45 (quarenta e cinco) dias corridos.

14.16. Se o contratado não apresentar recurso, prevalecerão as glosas efetuadas pela SSAUT do GSAU-GW.

14.17. A emissão de Nota Fiscal (NF) ficará condicionada ao contato prévio, que será realizado via e-mail (srf.gsaugw@fab.mil.br) pela CREDENCIANTE, ficando sob responsabilidade da CREDENCIADA emitir e enviar a NF solicitada através do e-mail srf.gsaugw@fab.mil.br, somente quando solicitado pela CREDENCIANTE.

14.18. A nota fiscal será emitida pelo contratado com os seguintes dados: Em nome da ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA, inscrito no CNPJ nº 00.394.429/0053-31, localizado na Av. BRIG ADHEMAR LYRIO, S/N, GUARATINGUETÁ-SP, CEP 12.510-020.

14.19. A nota fiscal referida deverá ser enviada, via e-mail, ao GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ, no endereço eletrônico srf.gsaugw@fab.mil.br, por ser este o denominado CONTRATANTE no termo de credenciamento, na qual deverá constar o número do Lote informado pela SSAUT do GSAU-GW, para fins de execução orçamentária.

14.20. Todas as CREDENCIADAS deverão formalizar junto à CREDENCIANTE um endereço de e-mail válido/ativo, devendo ainda a CREDENCIADA manter atualizado o endereço de e-mail fornecido.

14.21. A CREDENCIANTE compromete-se a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares em processo de auditoria, dentro de um prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da emissão da NF. Após a solicitação de emissão da NF por parte da CREDENCIANTE conforme estabelece o item 14.17, esta deverá ser enviada com o prazo máximo de até 5 (cinco) dias corridos da data de emissão.

14.22. Para entendimento pleno e contagem de prazos, liquidação de Nota Fiscal (NF) de Serviço é o procedimento administrativo e contábil que precede a emissão de Ordem Bancária para o pagamento devido pelos serviços prestados. A SSAUT audita os procedimentos e gera o lote conforme. O lote é enviado ao credenciado para ciência e à Subseção de Recursos Financeiros (SSRF) para solicitação de créditos. Após o empenho do crédito a SSRF solicita a NF. Com a chegada da NF, a mesma é encaminhada à Comissão responsável, para trâmites administrativos internos.

14.23. Havendo erro ou omissão na apresentação dos documentos pelo contratado, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa por parte do contratado, o pagamento ficará sobrestado até que o contratado providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Administração.

14.24. O pagamento considerará os valores vigentes e constantes no Referencial de Custos deste processo, considerando a data de realização do atendimento.

14.25. Antes de cada pagamento ao contratado, será realizada consulta ao SICAF ou aos sítios eletrônicos oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas.

14.26. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua advertência, por escrito, para que, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do órgão credenciador.

14.27. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a CREDENCIANTE deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

14.28. Persistindo a irregularidade, a CREDENCIANTE deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurado ao CONTRATADO o contraditório e ampla defesa.

14.29. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que

se decida pela rescisão do contrato, caso o CONTRATADO não regularize sua situação.

14.30. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da CREDENCIANTE, não será rescindido o contrato em execução com o contratado inadimplente no SICAF.

14.31. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos do item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MPDG nº 5, de 26 de maio de 2017, quando couber.

14.32. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime, observando-se as exceções nele previstas. No entanto, o pagamento ficará condicionado à declaração de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na LC nº 123/2006, com as alterações promovidas pela LC 147/2014 e LC 188/2021.

14.33. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

14.34. É vedado ao CREDENCIADO cobrar diretamente do usuário do FUNSA qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos constantes nas tabelas, quando o atendimento for iniciado e realizado com apresentação de GAB, inclusive cobrar os não autorizados pela FUNSA do GSAU-GW.

14.35. No caso do usuário do FUNSA apresentar para atendimento a GEAM (Anexo 3), a CREDENCIADA deverá efetuar a cobrança diretamente ao usuário (nesse caso, beneficiário da AMH), do valor total a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos realizados, utilizando as mesmas tabelas de custos acordadas com o prestador credenciado, inclusive diárias, taxas, materiais e medicamentos.

14.36. Serão retidos os valores referentes ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), ao Programa de Integração Social (PIS) e ao Imposto de Renda (IR), cabendo à CREDENCIADA que se julgar dispensada de emitir documento comprobatório da alegada isenção.

14.37. O Comando da Aeronáutica, representado neste instrumento pelo GSAU-GW, não poderá ser citado, ou servir de amparo à pretendidas isenções tributárias, ou servir de motivo para favores fiscais, que incidam ou venham a incidir sobre os atos ou questões que caiba à CREDENCIADA ou ao usuário.

14.38. Deverá ser registrada, junto à Administração, a pessoa competente para assinar os documentos em nome do CREDENCIADO.

15. VALORES:

15.1. Serão consideradas como referenciais as informações abaixo:

15.1.1. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM): tabela de referência para o cálculo das despesas médicas. Tem por objetivo garantir a remuneração e valorização dos profissionais de saúde.

15.1.2. BRASÍNDICE: é um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que têm incorporado os códigos na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) gradualmente.

15.1.3. SIMPRO: é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem e outros), destinado a faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares.

15.1.4. Os preços apresentados no Referencial de Custos deste Edital representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

15.2. Taxa de Compensação pela Manutenção de Estoque exclusivamente para Medicamentos Oncológicos e Imunológicos: Esta taxa diz respeito ao custo do hospital em manter em estoque os medicamentos utilizados pelo paciente, tais como manutenção predial da farmácia, climatização do local de armazenamento, transporte interno, frete (transporte externo), energia elétrica; administração, controle e organização do estoque de medicamentos; mobiliário, equipamentos para acondicionamento e conservação, segurança, deterioração de materiais, custo de oportunidade (capital mobilizado) e os demais custos relacionados. Foi adotado o percentual de 10% sobre o valor da nota fiscal para OPME e Medicamentos Oncológicos e Imunobiológicos, visto cobrir os custos indiretos relacionados, conforme descrito no Termo de Referência.

15.3. Para medicamentos, será considerado o Preço de Fábrica (PF) do Guia Farmacêutico BRASÍNDICE e, caso não conste neste Guia, o credenciado poderá comprovar o custo do medicamento por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor.

15.4. A tabela BRASÍNDICE é publicada por empresa especializada, na qual constam os preços de medicamentos vendidos no Brasil, exibindo o preço de fábrica e o preço máximo ao consumidor.

15.5. Para materiais, será utilizada a tabela SIMPRO, que é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro na ANVISA, código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, classificação, embalagem e outros), destinada a compras, faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares, com deflator de 20%.

15.6. Para dietas enterais especiais e parenterais, serão considerados os valores apresentados. Para fins de pagamento, a CREDENCIADA deverá apresentar a Nota Fiscal do produto, e a CREDENCIANTE realizará o pagamento conforme o valor unitário especificado na Nota Fiscal, acrescido de 10% (dez por cento) sobre o valor do produto.

15.7. Para as taxas hospitalares, cirúrgicas e de hotelaria; honorários de nutrição, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia; remoções; pacotes; atenção domiciliar; e internação de longa permanência de idosos, serão aplicados os valores definidos na tabela constante no Referencial de Custos deste processo.

15.8. Composição das taxas:

15.8.1. Quarto Semi-privativo (02 leitos): composto por quarto coletivo com banheiro coletivo, sem acompanhante, exceto os previstos em lei, e mobiliário necessário.

15.8.2. Quarto Privativo (01 leito): aposento com banheiro privativo, acomodação para

acompanhante, ar-condicionado, telefone e frigobar.

15.8.3. Berçário de cuidados semi-intensivos/patológicos: quarto para atendimento a recém-nascidos (RN) com patologias que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).

15.8.4. Hospital-Dia: compreende a ocupação de um leito por um tempo máximo de até 12 (doze) horas, independentemente do horário de admissão ou do tipo de atendimento prestado.

15.8.4.1. Para os pacientes que permanecerem internados por um período inferior a 12 (doze) horas, será cobrada a modalidade de Hospital-Dia.

15.8.4.2. Para os pacientes internados na modalidade de Hospital-Dia, as acomodações obedecerão aos padrões de quarto privativo e semi-privativo.

15.8.5. Diária Hospitalar: entende-se por diária hospitalar a admissão do paciente pela enfermagem e a ocupação de um leito de internação por um período de tempo a partir de 12 (doze) horas.

15.8.6. Isolamento: alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar.

15.8.7. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente, de acordo com a Portaria nº 3.432, de 12/08/98, do Ministério da Saúde, em vigor.

15.8.8. Alojamento Conjunto: mãe internada e RN acomodados no mesmo aposento, independentemente de onde forem realizados os procedimentos padrões no RN.

15.8.8.1. As unidades hospitalares que não tiverem acomodações específicas para o posto/graduação acima descritos poderão internar em acomodações similares ou superiores; porém, a cobrança deverá ser efetuada baseada nos padrões de acomodações acima descritos e conforme o plano de cada beneficiário.

15.9. De acordo com o Manual do Comando da Aeronáutica (MCA) 160-5 de 2021, item 2.9.1, letra f, **NÃO SÃO** passíveis de cobertura pelo FUNSA as despesas com acompanhantes.

15.10. Assistência de Enfermagem:

15.10.1. Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas orais, gastrostomias, jejunostomias, enterais e parenterais;

15.10.2. Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva e invasiva, verificação de Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intra-abdominal (PIA), capnografia, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);

15.10.3. Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de Pressão Venosa Central (PVC) e de gerador de marca-passo, dentre outros;

15.10.4. Banho no leito, de imersão ou de aspersão;

15.10.5. Instalação e controle de monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos e de glicemia;

15.10.6. Manutenção da permeabilização de cateteres, tricotomia, curativos, mudança de decúbito e locomoção interna do paciente;

15.10.7. Serviço de enfermagem do procedimento;

15.10.8. Assepsia e antissepsia (inclui a equipe, paciente e materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis);

15.10.9. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

15.10.10. Esterilização/desinfecção de instrumentais;

15.10.11. Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);

15.10.12. Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (incluindo o material utilizado);

15.10.13. Preparo de corpo em caso de óbito;

15.10.14. Transporte dos equipamentos, como Raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;

15.10.15. Enfaixamento e contenção;

15.10.16. Prescrição/anotação de enfermagem;

15.10.17. Verificação de medidas antropométricas;

15.10.18. Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, protetor de pé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a Norma Regulamentadora NR 32 (base legal: NR6, NR9, NR32);

15.10.19. Coleta de exames laboratoriais.

15.11. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES:

15.11.1. Diárias Básicas (quarto privativo, quarto semi-privativo, quarto semi-privativo psiquiátrico, berçário semi-intensivo e alojamento conjunto):

15.11.2. Compreende:

15.11.2.1. Serviço de Governança e Hotelaria;

15.11.2.2. Aposentos com móveis padronizados (ex.: cama, berço comum);

15.11.2.3. Roupa de cama e banho;

15.11.2.4. Higienizações concorrente e terminal, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;

- 15.11.2.5.** Dieta do paciente por via oral (VO) e administração oral de medicamentos;
- 15.11.2.6.** Cuidados de enfermagem;
- 15.11.2.7.** Paramentação (máscara, gorro, propé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;
- 15.11.2.8.** Dosador para medicação VO; copos descartáveis; algodão para medicação parenteral e punções venosas; antissépticos em geral, curativos pós-aplicação/punção, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- 15.11.2.9.** Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;
- 15.11.2.10.** Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, pasta dental, sabonete, cremes/loções/óleo hidratantes, higienizante bucal, lâmina de barbear;
- 15.11.2.11.** Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós-morte;
- 15.11.2.12.** EPI, inclusive os de uso em preparo e administração de quimioterapia (luvas para proteção contra riscos biológicos e físicos, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e gorro);
- 15.11.2.13.** Atendimento médico por plantonista de intercorrências clínicas à beira do leito;
- 15.11.2.14.** Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, PVPI, clorexidina, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- 15.11.2.15.** Monitor multiparâmetro, que no mínimo forneça oximetria, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura corporal (inclui eletrodos);
- 15.11.2.16.** Oxímetro de pulso;
- 15.11.2.17.** Gasômetro;
- 15.11.2.18.** Capnógrafo;
- 15.11.2.19.** Cama hospitalar de qualquer tipo;
- 15.11.2.20.** Todos os tipos de colchões (piramidal e pneumático) e seu protetor de qualquer tipo;
- 15.11.2.21.** Desfibrilador e cardioversor;
- 15.11.2.22.** Bombas de infusão;
- 15.11.2.23.** Aspirador a vácuo, elétrico ou ultrassônico;
- 15.11.2.24.** Coletor de secreção de qualquer tipo;
- 15.11.2.25.** Bandejas de curativo, infiltração/punção articular;
- 15.11.2.26.** Bandeja de monitorização de pressão invasiva;

- 15.11.2.27. Bandeja de pequena cirurgia;
- 15.11.2.28. Bandeja de sondagem vesical;
- 15.11.2.29. Bandeja de dissecação/punção lombar e de subclávia;
- 15.11.2.30. Tracionador esquelético;
- 15.11.2.31. Nebulizador/Inalador (aparelho e kit) e gases para nebulização;
- 15.11.2.32. Incubadora e berço aquecido;
- 15.11.2.33. CPAP nasal, umidificador neonatal e capacete de HOOD (aparelhos e circuitos);
- 15.11.2.34. Equipamentos para fototerapia (convencional/Bilispot/bilitron/biliberço, entre outros);
- 15.11.2.35. Transporte e taxa de utilização de equipamentos em UTI, hemodinâmica, centro cirúrgico e pronto-socorro: aparelho de radiografia, eletrocardiógrafos, ultrassonografia, desfibrilador, monitores, endoscópios;
- 15.11.2.36. Necrotério e a sala de necrópsia;
- 15.11.2.37. Estão inclusos os demais materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente em todas as acomodações (respirador/ventilador mecânico, monitor multiparâmetro e oxímetro de pulso e sonar);
- 15.11.2.38. Não será permitida a cobrança de taxas de sala para SADT e tratamentos especializados realizados à beira do leito;
- 15.11.2.39. Não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados;
- 15.11.2.40. Avaliação e acompanhamento pelo nutricionista;
- 15.11.2.41. Honorários médicos durante as emergências/intercorrências clínicas. Estes só serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;
- 15.11.2.42. A heparinização de cateter implantável é parte integrante do procedimento, quando realizado no mesmo momento. Não cabe a remuneração do procedimento durante a aplicação de medicamentos.

15.11.3. Não Compreende:

- 15.11.3.1. Dietas enterais industrializadas, parenterais manipuladas e suplementos especiais, com autorização prévia, via sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou VO;
- 15.11.3.2. Enfermagem particular, que deverá ser cobrada diretamente do paciente ou responsável;
- 15.11.3.3. Materiais descartáveis não relacionados como compreendidos;
- 15.11.3.4. Medicamentos;

15.11.3.5. Hemocomponentes e hemoderivados;

15.11.3.6. Equipamentos e aparelhos para tratamento e diagnóstico;

15.11.3.7. Oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, óxido nitroso (protóxido de azoto), óxido nítrico, demais gases e vácuo; excluindo os utilizados em nebulização/inalação;

15.11.3.8. Exames para diagnóstico (exceto os exames a seguir, que não são pagos, conforme respectivas Leis: Teste da Orelhinha conforme Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010; Teste do Coraçãozinho conforme Lei nº 15.302, de 12 de janeiro de 2014 de São Paulo; Teste do Olhinho conforme Lei nº 4.090, de 2015; e Teste do Pezinho conforme Portaria GM/MS nº22, de 15 de janeiro de 1992; sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional;

15.11.3.9. Honorários médicos;

15.11.3.10. Procedimentos médicos realizados nas unidades de internação;

15.11.3.11. Os honorários serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

15.12. Diárias de UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): ADULTO, CORONARIANA, PEDIÁTRICA e NEONATAL/ISOLAMENTO:

15.12.1. Compreende:

15.12.1.1. Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;

15.12.1.2. Respirador/ventilador; e

15.12.1.3. Monitor de pressão arterial invasiva, de PIC e da PIA.

15.12.2. Não Compreende:

15.12.2.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas.

Obs.1: Unidades de Terapia Intensiva especializadas, tais como neurológica ou outras, devem ter o mesmo tratamento da UTI adulto.

15.13. Diárias de ISOLAMENTO BÁSICAS: QUARTO PRIVATIVO, QUARTO DE ENFERMARIA ou PARA TRANSPLANTES

15.13.3. Compreende:

15.13.3.1. Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;

15.13.3.2. Itens permanentes da acomodação (estrutura física), tais como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

15.13.4. Não compreende:

15.13.4.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas.

15.14. Diárias de ISOLAMENTO DE UTI ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL

15.14.1. Compreende:

15.14.1.1. Todos os itens compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal;

15.14.1.2. Paramentação (máscara, gorro, propé, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante/visitantes;

15.14.1.3. Itens permanentes da acomodação (estrutura física), tais como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

15.14.2. Não compreende:

15.14.2.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal.

15.15. Diária de INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA:

15.15.1. Compreende:

15.15.1.1. Atendimento psicológico, terapia ocupacional, nutricional, individual ou em grupo, e fisioterapia;

15.15.1.2. Atividades diárias com acompanhamento de monitor;

15.15.1.3. Atividade física, com educador físico (em grupo);

15.15.1.4. Assistência de enfermagem 24 horas;

15.15.1.5. Médico plantonista 24 horas;

15.15.1.6. Visita médica do médico assistente (3 vezes por semana);

15.15.1.7. Programa de família (médico e psicólogo);

15.15.1.8. Serviços de hotelaria;

15.15.1.9. Alimentação.

15.15.1.10. Medicação Padronizada:

1. AAS 100 mg comprimido
2. Ácido fólico 5 mg drágeas
3. Água para injeção, ampola de 10 ml
4. Ambroxol 30 mg, 5 ml frasco 100 ml
5. Aminofilina 100 mg comprimido
6. Aminofilina 24 mg/ml, ampola de 10 ml
7. Amoxicilina 500 mg cápsula
8. Atropina 0,25 mg ampola de 1 ml
9. Aripiprazol 15 mg comprimido
10. Benzilpenicilina procaína/potássica 400.000 UI frasco
11. Benzilpenicilina 1.200.000 UI frasco

12. Benzoato de benzila 25% emulsão tópica
13. Biperideno 2 mg comprimido
14. Biperideno 5 mg/ml, ampola de 1 ml injetável
15. Bisacodil 5 mg comprimido
16. Brometo de fenoterol, gotas
17. Brometo de ipratrópio, gotas
18. Captopril 12,5 mg comprimido
19. Captopril 25 mg comprimido
20. Carbamazepina 200 mg comprimido
21. Carbonato de lítio 300 mg comprimido
22. Cedilanide 0,4 mg ampola de 2 ml
23. Cefalexina 500 mg cápsula
24. Cefalotina sódica 1 g frasco
25. Cetoconazol 200 mg comprimido
26. Cetoconazol creme
27. Cinarizina 75 mg comprimido
28. Clonazepam 2 mg comprimido
29. Clorpromazina 100 mg comprimido
30. Cloreto de potássio 19,1% ampola de 10 ml
31. Cloreto de sódio 0,9% ampola de 10 ml
32. Cloreto de sódio 20% ampola de 10 ml
33. Clorpromazina 25 mg comprimido
34. Clorpromazina 5 mg/5 ml ampola de 5 ml
35. Clorpropamida 250 mg comprimido
36. Colagenase/cloranfenicol pomada (Kollagenase)
37. Complexo B ampola de 2 ml
38. Complexo B comprimido
39. Dexametasona 0,1% colírio
40. Dexametasona 4 mg comprimido
41. Dexametasona 4 mg/ml ampola de 2,5 ml
42. Dexametasona creme
43. Dexclorfeniramina 2 mg comprimido
44. Diazepam 10 mg ampola de 2 ml
45. Diazepam 10 mg comprimido
46. Diazepam 5 mg comprimido
47. Diclofenaco sódico 50 mg comprimido
48. Diclofenaco sódico 75 mg ampola de 3 ml
49. Digoxina 25 mg comprimido
50. Dimeticona 40 mg comprimido
51. Dipirona 500 mg comprimido
52. Dipirona 500 mg/ml ampola de 2 ml
53. Dopamina 50 mg ampola de 10 ml
54. Efortil 10 mg ampola de 1 ml
55. Escopolamina 10 mg comprimido
56. Escopolamina 20 mg/ml ampola de 1 ml
57. Escopolamina/dipirona ampola de 5 ml
58. Fenitoína 100 mg comprimido
59. Fenitoína 50 mg/ml ampola de 5 ml
60. Fenobarbital 100 mg comprimido
61. Fenobarbital 100 mg/ml ampola de 2 ml

62. Fleet enema frasco de 500 ml
63. Fluoxetina 20 mg cápsula
64. Fluviral comprimido
65. Furosemida 10 mg/ml ampola de 2 ml
66. Furosemida 40 mg comprimido
67. Glibenclamida 5 mg comprimido
68. Glicose 25% ampola de 10 ml
69. Glicose 50% ampola de 10 ml
70. Haldol decanoato 50 mg ampola de 1 ml
71. Haloperidol 1 mg comprimido
72. Haloperidol 5 mg comprimido
73. Haloperidol 5 mg/ml ampola
74. Hidrocortisona 25 mg comprimido
75. Hidrocortisona 500 mg frasco
76. Hidróxido de alumínio suspensão
77. Imipramina 25 mg comprimido
78. Insulina NPH
79. Insulina Regular
80. Iodeto de potássio suspensão
81. Ivermectina 6 mg comprimido
82. Lamotrigina 100 mg comprimido
83. Lidocaína 2% geléia
84. Lidocaína 2% sem vasoconstritor
85. Loção de ácidos graxos (Dersani)
86. Loperamida 2 mg comprimido
87. Mebendazol 100 mg comprimido
88. Metformina 500 mg comprimido
89. Metformina 850 mg comprimido
90. Metildopa 250 mg comprimido
91. Metoclopramida 10 mg/2 ml
92. Metoclopramida 10 mg comprimido
93. Midazolam 15 mg comprimido
94. Midazolam 5 mg/ml ampola de 3 ml
95. Neomicina/bacitracina pomada (Nebacetim)
96. Neozine 25 mg comprimido
97. Neozine 100 mg comprimido
98. Neozine 4% gotas
99. Neuleptil 4% gotas frasco de 20 ml
100. Nifedipino 20 mg comprimido
101. Nitrazepam 5 mg comprimido
102. Norfloxacino 400 mg comprimido
103. Olanzapina 5 mg comprimido
104. Olanzapina 10 mg comprimido
105. Óleo mineral – solução oral
106. Paracetamol 750 mg comprimido
107. Pentoxifilina 400 mg comprimido
108. Pregabalina 75 mg comprimido
109. Prometazina 25 mg comprimido
110. Prometazina 25 mg/ml ampola de 2 ml
111. Propranolol 40 mg comprimido

112. Quetiapina 25 mg comprimido
113. Quetiapina 100 mg comprimido
114. Ranitidina 150 mg comprimido
115. Ranitidina 50 mg ampola de 2 ml
116. Risperidona 1 mg comprimido
117. Risperidona 2 mg comprimido
118. Salbutamol suspensão
119. Sinvastatina 20 mg comprimido
120. Sulfato de magnésio 10% ampola de 10 ml
121. Sulfato ferroso 300 mg drágea
122. Sulpirida 200 mg comprimido
123. Sustrate 10 mg comprimido
124. Tiamina 100 mg/ml ampola de 1 ml
125. Tiamina 300 mg comprimido
126. Timolol 0,5%
127. Tobramicina 3%
128. Valproato de sódio/ácido valpróico (300 mg CR) comprimido
129. Vitamina C ampola de 5 ml
130. Vitaminas A + D + associações pomada (ex.: Hipoglós)

15.16. Diária de HOSPITAL-DIA EM PSIQUIATRIA: de 06 (seis) a 12 (doze) horas

15.16.1. Cobertura para os casos que preenchem pelo menos um dos critérios a seguir:

15.16.1.1. Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (CID 10 F10, F14);

15.16.1.2. Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID 10 F20 a F29);

15.16.1.3. Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID 10 F30, F31);

15.16.1.4. Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84); e, caso haja necessidade para outra patologia, deverá ser solicitada autorização.

15.16.2. Compreende:

15.16.2.1. Atendimento psicológico, terapia ocupacional, nutricional, individual ou em grupo e fisioterapia;

15.16.2.2. Atividades diárias com acompanhamento de monitor;

15.16.2.3. Atividade física, com educador físico (em grupo);

15.16.2.4. Assistência de enfermagem;

15.16.2.5. Avaliação do médico assistente;

15.16.2.6. Programa de família (médico e psicólogo);

15.16.2.7. Alimentação; e

15.16.2.8. Medicações padronizadas para a internação psiquiátrica (item 15.15.1.10).

15.16.3. Os casos não especificados acima serão analisados individualmente.

15.17. TAXAS DE SALA

15.17.1. Para o pagamento de todas as despesas realizadas no CENTRO CIRÚRGICO e SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA; HEMODINÂMICA; QUIMIOTERAPIA; e PRONTO SOCORRO/PRONTO ATENDIMENTO será obrigatório o preenchimento dos seguintes critérios:

15.17.2. Identificação completa e legível do paciente nos impressos: boletim anestésico, descrição cirúrgica, folha de transoperatório de enfermagem e de admissão em Sala de Recuperação Pós-anestésica;

15.17.3. Data, hora do início e término do ato cirúrgico e da anestesia; equipe envolvida devidamente identificada no boletim anestésico e na descrição cirúrgica;

15.17.4. Assinatura e número do registro no Conselho Profissional de Classe dos profissionais que efetivamente participaram do ato cirúrgico e anestésico nas respectivas folhas de registro;

15.17.5. Descrição legível e detalhada, sem rasuras, da técnica anestésica, técnica cirúrgica, incluindo órteses e próteses, materiais especiais utilizados e suas quantidades;

15.17.6. No boletim anestésico deverá constar a descrição legível, sem rasuras, das medicações, infusões por via parenteral, gases e materiais com as quantidades utilizadas durante o ato cirúrgico. Deverá ser registrado o tempo de gases e inalantes utilizados, bem como o respectivo preenchimento do gráfico específico;

15.17.7. Na folha de prescrição médica deverão estar registrados pela equipe de enfermagem a data, o horário, a checagem das medicações, soluções, gases, materiais e os equipamentos utilizados;

15.17.8. Não serão aceitas anotações e checagens de medicações apresentadas com rasuras;

15.17.9. Anotar todos os equipamentos utilizados durante o ato anestésico e cirúrgico;

15.17.10. Não será aceita, para fins de cobrança, a prescrição de medicamentos em folha de gastos de sala cirúrgica, mesmo que a referida esteja assinada pelo médico-assistente;

15.17.11. Quando for realizado mais de um procedimento simultaneamente, seja com a mesma equipe ou equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, será paga uma única taxa de sala, a qual corresponde à cirurgia de maior porte;

15.17.12. Não será paga taxa de reprocessamento de material;

15.17.13. Nas cirurgias infectadas, não será cobrado nenhum acréscimo no valor da taxa de sala;

15.17.14. Considera-se no honorário do anestesiológico:

15.17.14.1. No aposento - visita pré-anestésica incluindo a prescrição, com letra legível e sem rasuras;

15.17.14.2. No Centro Cirúrgico - prescrição com letra legível, sem rasuras, administração de medicações, soluções, hemoderivados, gases, monitorização clínica e manejo de vias aéreas;

15.17.14.3. Na Sala de Recuperação Pós-Anestésica - prescrição de forma legível e sem rasuras de medicamentos, soluções, hemoderivados, gases utilizados, monitorização clínica até a recuperação da consciência, estabilidade dos parâmetros vitais e alta da sala de recuperação pós-anestésica.

15.18. TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO, HEMODINÂMICA E/OU OBSTÉTRICA

15.18.1. Compreende:

15.18.1.1. Itens permanentes da sala cirúrgica (estrutura física), tais como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz;

15.18.1.2. Instrumental cirúrgico básico esterilizado; equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia); rouparia inerente ao centro cirúrgico/obstétrico descartável ou não (avental, máscara, gorro, propé, botas, escovas e campos cirúrgicos - exceto os campos cirúrgicos tipo Ioban, StareDrape e campo adesivo);

15.18.1.3. Antissépticos (solução detergente de PVPI a 10%, solução degermante de clorexidina a 4%, solução alcoólica, solução de álcool iodado de 0,5% a 1%, álcool 70%, hipoclorito de sódio a 0,5%, água oxigenada ou peróxido de hidrogênio, formol, povidine e glutaraldeído) para assepsia/antisepsia (equipe/paciente);

15.18.1.4. Limpeza e soluções para a desinfecção das salas e dos instrumentais;

15.18.1.5. Antissepsia e desinfecção terminal da sala cirúrgica;

15.18.1.6. Preparo e esterilização dos instrumentais cirúrgicos;

15.18.1.7. Aparelho de radiografia, intensificador de imagem e seu transporte;

15.18.1.8. Aparelho para tricotomia completo;

15.18.1.9. Arco cirúrgico;

15.18.1.10. Aspiração;

15.18.1.11. Aspirador a vácuo ou elétrico;

15.18.1.12. Bandejas de curativo, infiltração/punção articular;

15.18.1.13. Bandeja de monitorização de pressão invasiva;

15.18.1.14. Bandeja de cirurgia;

15.18.1.15. Bandeja de sondagem vesical;

15.18.1.16. Bandeja de dissecação/punção lombar e de subclávia;

15.18.1.17. Berço aquecido;

- 15.18.1.18.** Bisturi elétrico, bipolar, monopolar e argônio (inclui-se a placa e a caneta descartável ou não);
- 15.18.1.19.** Bomba de circulação extracorpórea;
- 15.18.1.20.** Bomba de infusão;
- 15.18.1.21.** Bomba de infusão em seringa;
- 15.18.1.22.** Bomba para bota pneumática;
- 15.18.1.23.** Capa para vídeo e microscópio;
- 15.18.1.24.** Cal soldada;
- 15.18.1.25.** Capnógrafo;
- 15.18.1.26.** Craniótomo;
- 15.18.1.27.** Carro de anestesia;
- 15.18.1.28.** Desfibrilador e cardioversor;
- 15.18.1.29.** Enxoval cirúrgico descartável ou não;
- 15.18.1.30.** Escova para degermação;
- 15.18.1.31.** Espéculo;
- 15.18.1.32.** Equipamento de vídeo para cirurgia e exame;
- 15.18.1.33.** Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- 15.18.1.34.** Escadinha;
- 15.18.1.35.** Eletrocautério;
- 15.18.1.36.** Faixa smarch;
- 15.18.1.37.** Foco cirúrgico e auxiliar;
- 15.18.1.38.** Frasco coletor para lavado de qualquer tipo;
- 15.18.1.39.** Garrote pneumático;
- 15.18.1.40.** Halo craniano;
- 15.18.1.41.** Imobilização provisória;
- 15.18.1.42.** Instalação de soro;
- 15.18.1.43.** Ionizador;

- 15.18.1.44.** Irrigação contínua;
- 15.18.1.45.** Kit de roupa de cama;
- 15.18.1.46.** Laser cirúrgico, argônio e Yag laser;
- 15.18.1.47.** Lâmina para esfregaço;
- 15.18.1.48.** Lavagem e aspiração traqueal, gástrica, intestinal, retal;
- 15.18.1.49.** Limpeza e desinfecção do ambiente;
- 15.18.1.50.** Lupa cirúrgica;
- 15.18.1.51.** Materiais descartáveis: gorro, touca, propés, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais EPI, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- 15.18.1.52.** Materiais permanentes: cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- 15.18.1.53.** Manta térmica (aquecedor);
- 15.18.1.54.** Mesa de Mayo;
- 15.18.1.55.** Mesas cirúrgicas contendo seus acessórios;
- 15.18.1.56.** Mesas auxiliares;
- 15.18.1.57.** Microscópio cirúrgico e oftálmico;
- 15.18.1.58.** Monitor simples e multiparâmetro (inclui eletrodos);
- 15.18.1.59.** Monitor e sensor BISS;
- 15.18.1.60.** Oxímetro;
- 15.18.1.61.** Pulseira de identificação da mãe/RN;
- 15.18.1.62.** Perfurador elétrico e a gás;
- 15.18.1.63.** Raio-X portátil;
- 15.18.1.64.** Radioscopia;
- 15.18.1.65.** Realização de curativo;
- 15.18.1.66.** Respirador e filtro de qualquer tipo;
- 15.18.1.67.** Retirada de gesso;
- 15.18.1.68.** Retirada de imobilização provisória ou não gessada;

- 15.18.1.69. Sistema de aspiração fechado;
- 15.18.1.70. Serra elétrica e de Stryker;
- 15.18.1.71. Serviço técnico de apoio (instrumentador e circulante);
- 15.18.1.72. Serviço de enfermagem pré, trans e pós-operatório;
- 15.18.1.73. Sondagem gástrica, nasoenteral, retal, vesical de alívio e demora;
- 15.18.1.74. Suporte para soro;
- 15.18.1.75. Tracionador esquelético;
- 15.18.1.76. Trépano elétrico;
- 15.18.1.77. Tricotomia e material utilizado;
- 15.18.1.78. Umidificador;
- 15.18.1.79. Sala de pré-parto, sala de recuperação anestésica;
- 15.18.1.80. Sala de reanimação de RN;
- 15.18.1.81. Todos os atendimentos inerentes ao primeiro atendimento ao RN;
- 15.18.1.82. Estão inclusos todos os materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente;
- 15.18.1.83. Lixa para limpeza de eletrocautério;
- 15.18.1.84. Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica;
- 15.18.1.85. Serviços de enfermagem;
- 15.18.1.86. Não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados.

15.18.2. Não Compreende:

- 15.18.2.1. Medicamentos;
- 15.18.2.2. Materiais, exceto os descritos como compreendidos;
- 15.18.2.3. Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;
- 15.18.2.4. Oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, dióxido de carbono, óxido nitroso, óxido nítrico e demais gases;
- 15.18.2.5. OPME e DMI.

15.19. TAXA DE SALA DE HEMODIÁLISE PARA PACIENTE CRÔNICO:

15.19.1. Compreende:

15.19.1.1. Instalações da sala e equipamento de hemodiálise, incluindo equipo e soluções para funcionamento da máquina;

15.19.1.2. Serviços de enfermagem inerentes ao procedimento;

15.19.1.3. Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas não estéreis e estéreis) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;

15.19.1.4. Monitores simples;

15.19.1.5. Oxímetro;

15.19.1.6. Material para atendimento de suporte a urgência/emergência;

15.19.1.7. Poltronas ou leitos clínicos;

15.19.1.8. Todas as etapas inerentes ao reprocessamento do capilar e linhas, assim como os materiais, equipamentos e soluções utilizadas; e

15.19.1.9. Instrumentais cirúrgicos estéreis para manipulação e curativo de cateteres e fistulas.

15.19.2. Não Compreende:

15.19.2.1. Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmico e/ou obstétrico.

15.20. TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA:

15.20.1. Compreende:

15.20.1.1. Uso da sala, instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra de gesso, aventais e campo de proteção não descartáveis, luvas e óculos de proteção para o médico e funcionários);

15.20.1.2. Serviços do “técnico de gesso”;

15.20.1.3. Gesso e demais materiais descartáveis ou insumos necessários ao procedimento;

15.20.1.4. Taxa de sala de gesso será remunerada nos seguintes casos:

15.20.1.4.1. Imobilizações descartáveis, reutilizáveis, plásticas e sintéticas;

15.20.1.4.2. Enfaixamentos.

15.20.2. Não Compreende:

15.20.2.1. Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;

15.20.2.2. Retirada de gesso, quando o aparelho gessado tiver sido colocado pela CONTRATADA.

15.21. TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA, TERAPIA HORMONAL, TERAPIA ALVO MOLECULAR, IMUNOBiolÓGICA E RADIOTERAPIA:

15.21.1. A taxa só será cobrada em caso de paciente em tratamento ambulatorial;

15.21.2. Não cabe a cobrança de taxa de sala para dispensação de medicação VO e também para aplicações de medicação administrada por via subcutânea (SC) e via intramuscular (IM), como Granulokine, Eprex, Zoladex, Hemax e outros. Nos casos de apenas administração SC e/ou IM, sem a necessidade de ambiente especializado, será paga a aplicação conforme descrito no referencial de custos.

15.21.3. Compreende:

15.21.3.1. Câmara de Fluxo Laminar;

15.21.3.2. Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);

15.21.3.3. Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.4. Mesa operatória;

15.21.3.5. Preparo e aplicação de quimioterapia, terapia hormonal, terapia alvo molecular e imunobiológica (não inclui os insumos descartáveis para o preparo);

15.21.3.6. Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.7. Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo, como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo, adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop, filme transparente de qualquer tipo), usados em qualquer momento do procedimento;

15.21.3.8. Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. **Inclui:** bolas de algodão, álcool, povidine tópico e degermante, éter, clorexidina de qualquer tipo, sabonete líquido de qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;

15.21.3.9. Dosador para medicação VO; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%); seringa dosadora descartável;

15.21.3.10. Leito próprio comum ou especial (cama de qualquer tipo ou modelo);

15.21.3.11. Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;

15.21.3.12. Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas);

15.21.3.13. Troca de roupa de cama e banho;

15.21.3.14. Taxa administrativa do hospital;

15.21.3.15. Máscara facial de silicone, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.16. Cortador de frascos de soro;

15.21.3.17. Cânula de Guedel, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.18. Tubo de silicone, látex (prolongador), qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.19. Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas não estéreis e estéreis), descartáveis ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;

15.21.3.20. Instrumentais cirúrgicos estéreis para manipulação e curativo de cateteres e fístulas.

15.21.3.21. Equipamentos:

15.21.3.21.1. Aspirador elétrico e/ou a vácuo;

15.21.3.21.2. Bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo);

15.21.3.21.3. Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo, incluindo Bomba de Seringa (qualquer tipo ou modelo);

15.21.3.21.4. Carrinho de emergência/anestesia, incluindo: cal sodada, circuitos e sensores, e traqueias descartáveis ou não;

15.21.3.21.5. Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;

15.21.3.21.6. Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.21.7. Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenoterapia e aspiração;

15.21.3.21.8. Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.21.9. Oxímetro, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.21.10. Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório;

15.21.3.21.11. Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.21.12. Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório, incluindo cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bucais e faciais, com ou sem coxim, ambu e macronebulizador;

15.21.3.21.13. Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.21.14. Eletrocardiógrafo e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG (incluindo o papel e os eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame de eletrocardiograma);

15.21.3.21.15. Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação.

15.21.3.22. Cuidados de Enfermagem:

- 15.21.3.22.1.** Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;
- 15.21.3.22.2.** Aspirações e inalações, referindo-se à instalação e ao ato de realizar o procedimento;
- 15.21.3.22.3.** O ato de realizar: controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico;
- 15.21.3.22.4.** Controle de sinais vitais;
- 15.21.3.22.5.** Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, como: espátula, absorventes, hidratantes, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- 15.21.3.22.6.** Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidade;
- 15.21.3.22.7.** Preparo de corpo em caso de óbito: incluir todo material utilizado para o preparo;
- 15.21.3.22.8.** Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo. Exemplo: lavagem gástrica, preparo cirúrgico (enteroclistma, tricotomia);
- 15.21.3.22.9.** Manutenção de acesso venoso pérvio, incluindo: tampa com conector Luer-Lock, COMB RED e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer tipo de tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- 15.21.3.22.10.** Sondagens, referindo-se ao ato de realizar o procedimento;
- 15.21.3.22.11.** Mudança de decúbito;
- 15.21.3.22.12.** Curativo – procedimento de enfermagem, incluindo instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antissepsia (álcool, povidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina de qualquer tipo);
- 15.21.3.22.13.** Tricotomia – inclui tricotomizador elétrico e lâmina do tricotomizador. Inclui também aparelho descartável de barbear;
- 15.21.3.22.14.** Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, como: espátula, absorventes, hidratantes, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- 15.21.3.22.15.** Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados);
- 15.21.3.22.16.** EPI (luvas de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a Norma Regulamentadora NR 32 (e conformidade com NR 6, NR 9, NR 32).

15.21.4. Não Compreende:

15.21.4.1. Equipo da bomba de infusão;

15.21.4.2. Medicamentos;

15.21.4.3. Materiais descartáveis (exceto EPI e aqueles que substituem materiais permanentes, tais como lençóis, toalhas, etc.);

15.21.4.4. Honorários médicos, quando houver supervisão direta do médico (médico presente no procedimento). Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome completo do profissional executante.

15.22. TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS/ TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO (PS)/PRONTO ATENDIMENTO (PA):

15.22.1. Não será remunerado o período de Taxa de Observação em Pronto-Socorro/Pronto Atendimento para usuários que estiverem apenas aguardando resultado de exames.

15.22.2. Compreende:

15.22.2.1. Cuidados de enfermagem descritos no item 15.21.3.22.;

15.22.2.2. Instalações da sala;

15.22.2.3. Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes aos procedimentos;

15.22.2.4. Dosador para medicação; copos descartáveis; algodão; material para curativos pós-aplicação; materiais e soluções antissépticas e produtos de higiene do paciente;

15.22.2.5. Aspiração;

15.22.2.6. Aspirador elétrico, a vácuo ou ultrassônico;

15.22.2.7. Bandejas de curativo;

15.22.2.8. Bandeja de infiltração/punção articular;

15.22.2.9. Bandeja de punção lombar;

15.22.2.10. Bandeja de pequena cirurgia;

15.22.2.11. Bomba de Infusão;

15.22.2.12. Bandeja de subclávia;

15.22.2.13. Desfibrilador e Cardioversor;

15.22.2.14. Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;

15.22.2.15. Escadinha;

15.22.2.16. Eletrocautério;

15.22.2.17. Focos luminosos;

15.22.2.18. Instalação de soro;

15.22.2.19. Kit de roupa de cama;

15.22.2.20. Lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;

15.22.2.21. Limpeza e desinfecção do ambiente;

15.22.2.22. Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais EPI, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, utilizados pela equipe multidisciplinar e pelo paciente;

15.22.2.23. Materiais permanentes: cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;

15.22.2.24. Mesa de Mayo;

15.22.2.25. Monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;

15.22.2.26. Nebulizador/inalador de qualquer tipo;

15.22.2.27. Oxímetro;

15.22.2.28. Suporte para soro.

15.22.3. Não Compreende:

15.22.3.1. Medicamentos;

15.22.3.2. Materiais descartáveis;

15.22.3.3. Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome completo do profissional executante.

15.23. TAXA DE SALA DE EMERGÊNCIA

15.23.1. Compreende:

15.23.1.1. Todos os itens compreendidos na taxa de observação em Pronto-Socorro/Pronto Atendimento;

15.23.1.2. Qualquer tipo de aspirador;

15.23.1.3. Bomba de seringa e bomba de infusão;

15.23.1.4. Capnógrafo;

15.23.1.5. Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes ao atendimento de emergência;

15.23.1.6. Equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores;

15.23.1.7. Instalações da sala de emergência;

15.23.1.8. Monitor de P.A. não invasiva e invasiva;

15.23.1.9. Respirador/ventilador;

15.23.1.10. Serviços de enfermagem inerentes ao atendimento de emergência;

15.23.1.11. Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem (ex.: bandeja).

15.23.2. Não Compreende:

15.23.2.1. Medicamentos;

15.23.2.2. Materiais descartáveis;

15.23.2.3. Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome completo do profissional executante.

15.24. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA

15.24.1. Compreende:

15.24.1.1. Todos os itens compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrica;

15.24.1.2. Instalações da sala e equipamentos de hemodinâmica.

15.24.2. Não Compreende:

15.24.2.1. Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmica e/ou obstétrica.

15.25. TAXA DE INALAÇÃO (EM TODOS OS SETORES)

15.25.1. Compreende:

15.25.1.1. Gases medicinais prescritos;

15.25.1.2. Nebulizador/Inalador;

15.25.1.3. Material e medicamentos (Soro fisiológico, Bromidrato de Fenoterol, Brometo de Ipratrópio) e serviços de enfermagem inerentes ao procedimento;

15.25.2. Não Compreende:

15.25.2.1. Demais medicamentos relacionados ao procedimento.

15.26. TAXA DE CURATIVOS: PRONTO-SOCORRO E AMBULATORIAL

15.26.1. Serão pagos mediante a prévia solicitação do CREDENCIADO com a avaliação da ferida pelo médico ou enfermeiro auditor da CREDENCIANTE, para uso de coberturas especiais tais como:

a. Placas de hidrocolóides

- b. Carvão ativado
- c. Alginato de prata e cálcio
- d. Filmes transparentes
- e. Espumas de prata
- f. Hidrogéis
- g. Purilon gel
- h. Espuma de poliuretano
- i. Hidrogel com alginato
- j. Bota de Unna
- k. Protosan
- l. Curativo a vácuo
- m. Demais coberturas especiais (mediante auditoria do GSAU-GW)

15.26.2. Pequeno Queimado: Considera-se pequeno queimado o paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.

15.26.3. Médio Queimado: Considera-se médio queimado o paciente com:

- a. Queimaduras de 1º e 2º graus com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou
- b. Queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou
- c. Queimadura de mão e/ou pé

15.26.4. Grande Queimado: Considera-se grande queimado o paciente com:

- a. Queimaduras de 1º e 2º graus com área corporal atingida maior do que 25%, ou
- b. Queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou
- c. Queimadura de períneo

15.26.5. Curativo Pequeno Porte: não há perda de tecidos; as bordas da pele ficam justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.

15.26.5.1. Curativo realizado em ferida pequena: aproximadamente 16 cm (ex.: incisões cirúrgicas fechadas por primeira intenção, cateteres venosos e arteriais, cicatrização de coto umbilical, fístulas anais, flebotomias e/ou subclávia/jugular, hemorroidectomia, pequenas incisões, traqueostomia, cateter de diálise e intermitente), queimaduras de grau um, escaras com formação de tecido de granulação.

15.26.6. Curativo Médio Porte: Há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes. A cicatrização é mais lenta do que a primeira intenção.

15.26.6.1. Curativo realizado em ferida média: variando de 16,5 a 36 cm (ex.: cesáreas infectadas, incisões de dreno, lesões cutâneas, abscessos drenados, escaras infectadas exsudativas ou

necrotizantes, úlceras venosas e varicosas, cirurgias de varizes, amputações com fechamento de bordas limpas e secas), colostomias, ileostomias, gastrostomias.

15.26.7. Curativo Grande Porte: São corrigidos cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresentem melhores resultados funcionais.

15.26.7.1. Curativo realizado em ferida grande: variando de 36,5 a 80 cm (ex.: incisões contaminadas, grandes cirurgias – incisões extensas (cirurgia torácica, cardíaca), queimaduras (grau dois e três), toracotomia com drenagem, úlceras infectadas. Tratamento de feridas necrosadas ou com presença de fibrina: úlceras de perna, úlceras de pressão exsudativas e úlceras de pé diabético infectadas. Todas as ocorrências de curativos extragrandes deverão obrigatoriamente constar de justificativa médica ou de enfermagem conhecedora dos tipos de coberturas especiais.

15.27. TAXA DE HEMOTERAPIA (CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, CRIOPRECIPITADO, PLASMA FRESCO, UNIDADE DE PLAQUETAS, UNIDADE DE PLAQUETAS RANDÔMICAS e UNIDADE DE PLAQUETAS POR AFÉRESE)

15.27.1. Compreende, conforme CBHPM: “...todos os exames pré-transfusionais realizados, como determinação do grupo sanguíneo ABO e Rh, pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.”

15.27.2. O pagamento será realizado conforme referencial de custos.

16. HONORÁRIOS DE NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL E FISIOTERAPIA

16.1. CONSULTA COM NUTRICIONISTA

16.1.1. Para os serviços de nutricionista será utilizada a tabela do Referencial de Custos.

16.1.1. Observações para autorização:

16.1.1.1. A consulta na área de nutrição e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).

16.1.1.2. As consultas na área de nutrição ambulatorial e domiciliar limitam-se a 01 (uma) sessão individual mensal, exceto nos casos de atendimento de assistência e internação domiciliar.

16.1.1.3. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

16.1.1.4. Não serão remunerados a avaliação e o acompanhamento do nutricionista em ambiente hospitalar.

16.1.1.5. O paciente terá direito a doze consultas, por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

16.1.1.6. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso/altura);

16.1.1.7. Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/altura);

16.1.1.8. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (IMC < 22 kg/m²);

16.1.1.9. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;

16.1.1.10. Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC > ou igual a 25 kg/m²) com mais de 16 anos;

16.1.1.11. Pacientes ostomizados;

16.1.1.12. Após cirurgia gastrointestinal;

16.1.1.13. Para gestantes em situações especiais (gravidezes sucessivas, gravidez na adolescência, gravidez em obesas, anêmicas, alcoólatras, subnutridas, gastrectomizadas, portadoras de insuficiência renal ou hepática e gravidez em mulheres em uso crônicos de medicamentos).

16.1.1.14. O paciente terá direito a dezoito consultas por ano, no caso de diagnóstico de Diabetes Mellitus, em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

16.1.1.15. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima: 6 (seis) consultas de nutrição por ano, desde que justificadas clinicamente.

16.2. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO

16.2.1. Para os serviços de fonoaudiologia será utilizada a tabela do Referencial de Custos.

16.2.2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.

16.2.3. As terapias continuadas deverão ser devidamente justificadas, com relatório médico trimestral, o qual deverá detalhar o tipo e a FREQUÊNCIA mensal das sessões necessárias.

16.2.4. A frequência das sessões será definida, exclusivamente, por médico do GSAU-GW, mediante relatórios do profissional assistente e exame clínico.

16.3. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO

16.3.1. Para os serviços de psicologia, será utilizada a tabela do Referencial de Custos.

16.3.2. A consulta na área de psicologia e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).

16.3.3. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.

16.3.4. As terapias continuadas deverão ser devidamente justificadas, com relatório médico trimestral, o qual deverá detalhar o tipo e a FREQUÊNCIA mensal das sessões necessárias.

16.3.5. A frequência das sessões será definida, exclusivamente, por médico do GSAU-GW, mediante relatórios do profissional assistente e exame clínico.

16.3.6. Nas localidades onde houver psiquiatra do COMAER, o relatório especializado a que se refere o item 16.3.5 deve ser emitido obrigatoriamente por esse profissional.

16.4. CONSULTA/SESSÃO MULTIDISCIPLINAR COM PSICÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL

16.4.1. As terapias continuadas deverão ser devidamente justificadas, com relatório médico trimestral, o qual deverá detalhar o tipo e a FREQUÊNCIA mensal das sessões necessárias.

16.4.2. A frequência das sessões será definida, exclusivamente, por médico do GSAU-GW, mediante relatórios do profissional assistente e exame clínico.

16.5. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

16.5.1. Para os serviços de terapia ocupacional, será utilizada a tabela do Referencial de Custos.

16.5.2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.

16.5.3. As terapias continuadas deverão ser devidamente justificadas, com relatório médico trimestral, o qual deverá detalhar o tipo e a FREQUÊNCIA mensal das sessões necessárias.

16.5.4. A frequência das sessões será definida, exclusivamente, por médico do GSAU-GW, mediante relatórios do profissional assistente e exame clínico.

16.6. CONSULTA/SESSÃO COM FISIOTERAPEUTA

16.6.1. Para os serviços de fisioterapia hospitalar, será utilizada a tabela do Referencial de Custos, e a cobrança será da seguinte forma:

- a. Até 03 (três) fisioterapias respiratórias (em ventilação mecânica) e 02 (duas) motoras por dia, em UTI (adulto, pediátrico e neonatal); e
- b. Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras por dia, em apartamento e enfermaria (adulto e pediátrico).

16.6.2. Para os serviços de fisioterapia ambulatorial, será utilizada a tabela do Referencial de Custos, e a cobrança será da seguinte forma:

- a. O encaminhamento será feito por oficial médico;
- b. Para fins de comprovação da realização das sessões, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável; e
- c. Até 20 (vinte) consultas/sessões de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente. As sessões serão autorizadas em conjuntos de até 10 (dez). Prorrogações adicionais necessitarão da construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

17. REMOÇÕES

17.1. Entende-se por remoção a transferência do paciente, por razão de ordem médica, para uma Organização de Saúde, ou desta para outra, dentro do perímetro urbano ou suburbano. O FUNSA autorizará remoções de pacientes realizadas dentro do Estado de São Paulo e para os Estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais quando o beneficiário estiver sendo transferido para as Organizações de Saúde da Aeronáutica de maior porte.

17.2. A FUNSA somente autorizará as remoções de pacientes quando solicitadas por médico do GSAU-GW e devidamente justificadas por meio de Relatório Analítico, contendo a indicação e justificativa da remoção, e o Formulário Analítico de Remoção (Anexo 8). Depois de autorizado pela Auditoria da FUNSA, será emitida uma GAB (Anexo 2) ou uma GEAM (Anexo 3) para a realização da remoção.

17.3. Os pacientes transferidos com a apresentação da GEAM (Anexo 3) deverão pagar o credenciado no ato da transferência, integralmente, conforme o referencial de custos.

17.4. Quando, em face da extrema gravidade da situação, não seja possível a solicitação de autorização prévia, o responsável pelo paciente poderá realizar a remoção do paciente, solicitando posteriormente o pagamento ao FUNSA na modalidade de ressarcimento, apenas para os casos de pacientes que têm direito a GAB.

17.5. O valor da remoção e a forma de pagamento às entidades credenciadas pelo FUNSA serão estabelecidos na tabela de Referencial de Custos.

17.6. Os serviços de remoção serão requeridos pelo CREDENCIANTE, por meio do número de emergência fornecido pelo CREDENCIADO, que atenderá às solicitações de serviço, sem interrupções, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, no período de vigência deste Termo de Credenciamento. O CREDENCIADO deverá ser informado da localização do paciente, do quadro clínico e do destino da transferência.

17.7. Ao acionamento, o CREDENCIADO deverá informar sobre o período mínimo previsto para o atendimento.

17.8. Nas remoções terrestres, o usuário, independentemente da idade, poderá ser acompanhado por uma pessoa responsável. Os acompanhantes não poderão interferir na assistência ao paciente, sob pena de expulsão do veículo, onde quer que este se encontre.

17.9. O motorista da CREDENCIADA deverá ter habilitação para condução de veículos nas categorias D ou E.

17.10. De acordo com a Portaria n.º 2048, de 05 de novembro de 2002, as ambulâncias são classificadas em:

- **TIPO A – Ambulância de Transporte:** Veículo destinado ao transporte de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.
- **TIPO B – Ambulância de Suporte Básico:** Veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante o transporte até o serviço de destino.
- **TIPO C – Ambulância de Resgate:** Veículo destinado ao atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).
- **TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado:** Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.
- **TIPO E – Aeronave de Transporte Médico:** Aeronave de asa fixa ou rotativa, utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil (DAC).
- **TIPO F – Embarcação de Transporte Médico:** Veículo motorizado aquaviário destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

17.11. Os materiais e equipamentos mínimos necessários, ou com eficácia semelhante, também são definidos na Portaria n.º 2048, de 05 de novembro de 2002, de acordo com a classificação de cada ambulância, e conforme descrito abaixo:

- **Ambulância de Suporte Básico (TIPO B):** Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio; c- aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; malas com medicações a serem definidas em protocolos pelos serviços. As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda, com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 metros cúbicos.

- **Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D):** Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota, deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína em geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico,

ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos, deverá haver pelo menos uma incubadora de transporte de RN com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para RN.

18. PACOTES

18.1. Define-se por PACOTE o procedimento que remunera o conjunto de ações realizadas nos procedimentos médicos, sala, material, medicamento, conforme descrições da composição do mesmo.

18.2. PACOTES APARELHO GASTROINTESTINAL

18.2.1. COLONOSCOPIA OU COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA

18.2.1.1. Compreende: 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial (quando realizado em regime ambulatorial), equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, oxigênio, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

18.2.1.2. Não compreende: Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); anatomopatológico.

18.2.2. COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA

18.2.2.1. Compreende: 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial (quando realizado em regime ambulatorial), equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, oxigênio, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

18.2.2.2. Não compreende: Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); anatomopatológico.

18.2.3. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

18.2.3.1. Compreende: 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), honorário médico, monitor, oxímetro, oxigênio e circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento e sistema completo de videoendoscopia.

18.2.3.2. Não compreende: Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); anatomopatológico.

18.2.4. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA

18.2.4.1. Compreende: 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), honorário médico, bisturi elétrico, monitor, oxímetro, oxigênio e circuitos, agulha para biópsia, materiais, medicamentos e exames inerentes ao procedimento e sistema completo de videoendoscopia.

18.2.4.2. Não compreende: Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); anatomopatológico.

18.2.5. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE UREASE (Pesquisa de H Pylori)

18.2.4.1. Compreende: 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), honorário médico, bisturi elétrico, monitor, oxímetro, oxigênio e circuitos, agulha para biópsia, materiais, medicamentos e exames inerentes ao procedimento e sistema completo de videoendoscopia.

18.2.4.2. Não compreende: Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); anatomopatológico.

18.3. PACOTES DE PROCEDIMENTOS

18.3.1. GLICEMIA CAPILAR POR GLUCOMETER

18.3.1.1. Será remunerado por uso conforme referencial de custo, desde que prescrito e confirmada a realização.

18.3.1.2. Aplica-se esse pacote, para o procedimento em todos os setores;

18.3.1.3. Compreende: algodão, blood stop, lanceta, luva de procedimento, tira reagente e uso do aparelho.

18.4. PACOTE FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO

18.4.1. Compreende: 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial (quando realizado em regime ambulatorial) ou taxa de sala cirúrgica, equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, todos os tipos de gases medicinais, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

18.4.2. Não compreende: Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); anatomopatológico (quando justificado).

19. ATENÇÃO DOMICILIAR

19.1. A atenção domiciliar está configurada dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista à redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de internação, humanização da atenção e ampliação da autonomia dos usuários com doenças crônicas, degenerativas ou em finitude. É composta por duas modalidades: a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

19.2. A admissão caracteriza os atos e mecanismos de ingresso de um beneficiário à atenção domiciliar. É composta das seguintes etapas: solicitação, seleção, elaboração do plano assistencial,

homologação pela SARAM e início da prestação do serviço para os beneficiários elegíveis.

19.3. A suspensão da atenção domiciliar é o ato que determina o encerramento temporário ou definitivo da atenção domiciliar em função de: reinternação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, pedido do paciente e/ou responsável, mudança de domicílio para fora da área de abrangência regional da Organização Credenciante e óbito.

19.4. No caso de internação domiciliar ou de assistência domiciliar, a atenção somente se dará caso conte com a existência de um familiar ou responsável que more com o paciente. O cuidador responsável deverá receber orientações, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando o paciente receber alta.

19.5. São considerados assistência de enfermagem, conforme descrito no item 15.10 deste documento.

19.6. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

19.6.1. A indicação e seleção do beneficiário para a internação domiciliar é parte de uma política de atenção ao paciente crônico, visando desospitalização precoce do paciente estável, na qual ainda necessita de cuidados complexos dependentes da ação de enfermagem e tecnologia especializada, bem como suporte para urgência e emergência, estabelecendo metas terapêuticas.

19.6.2. A admissão e a alta do paciente neste regime de atendimento obedecem a critérios epidemiológicos, administrativos e de custos/benefícios, resultado de avaliação técnica profissional por tipo de patologia e, ainda, por contar com a existência de um familiar ou responsável que more junto com o paciente.

19.6.3. A necessidade de internação domiciliar decorre de indicação médica e administrativa.

19.6.4. A elegibilidade do paciente será definida por meio do preenchimento da Solicitação de Internação Domiciliar (Anexo 7) e da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (NEAD) (Anexo 6) por Oficial Médico ou Enfermeiro do efetivo do GSAU-GW, que visitará o beneficiário e analisará os critérios de elegibilidade. Nos casos elegíveis, o processo será enviado à SARAM para homologação.

19.6.5. Conforme preenchimento da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (NEAD) (Anexo 6), o plano terapêutico será classificado da seguinte forma:

- a) Visita pontual de enfermagem para realizar procedimentos específicos;
- b) Internação Domiciliar com até 12 horas de enfermagem; e
- c) Internação Domiciliar com até 24 horas de enfermagem.

19.6.6. É vedada a inclusão de aditivos (benefícios) e/ou visitas especializadas de profissionais ao plano terapêutico, sem a autorização prévia do GSAU-GW.

19.6.7. O encaminhamento ao serviço credenciado será feito por meio de GAB (Anexo 2), emitida pelo GSAU-GW, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 60 (sessenta) dias.

19.6.8. Obrigatoriamente, o paciente em internação domiciliar deverá ter um responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando este receber alta.

19.6.9. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para internação domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos, o domicílio sem estrutura mínima e a ausência de

responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

19.6.10. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feita pelo responsável, por meio da modalidade de reembolso.

19.6.11. O prestador do serviço de internação domiciliar deverá encaminhar ao GSAU-GW (auditoria.gsaugw@fab.mil.br), até o 20º dia de cada mês, o relatório multidisciplinar do atendimento prestado, que subsidiará possíveis alterações no plano terapêutico (prorrogação, aumentos ou reduções de visitas, alta do paciente).

19.6.12. O beneficiário assistido será visitado mensalmente por auditores do GSAU-GW, com o objetivo de avaliar a necessidade de prorrogação do plano terapêutico.

19.6.13. São necessárias prescrições médicas para todas as condutas que cabem ao ato médico, transferência do paciente, suspensão ou inclusão de medicamentos, tipos de serviços e tratamentos, até a alta.

19.6.14. As medicações profiláticas e de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), fraldas descartáveis, pomadas preventivas, hidratantes, materiais de higiene pessoal, materiais de limpeza do ambiente e a compra/locação de termômetro, aparelho de pressão, nebulizador, escadas, bengalas, muletas, andador, comadre/papagaio, colchões, cadeira higiênica, cadeira de rodas ou equipamentos similares aos aqui descritos deverão ser custeados integralmente pelo beneficiário ou seu representante legal, exceto os produtos inclusos no pacote do prestador credenciado.

19.6.15. Nos casos de paciente com necessidade de oxigenoterapia domiciliar prolongada deverá, sempre que possível, considerando a melhor relação custo-benefício, ser priorizado o uso de concentrador de oxigênio ao uso de cilindros de gás sob pressão. O paciente, seus familiares e cuidadores precisam ser capazes de compreender as instruções dadas pela equipe multiprofissional/empresa de gases para a sua correta utilização;

19.6.16. A internação domiciliar cessará nos seguintes casos:

- a) Mudança de domicílio para um ambiente inapropriado ou fora da área de abrangência da OC;
- b) Reinternação hospitalar;
- c) Alcance da estabilidade clínica/cura;
- d) À pedido do paciente e/ou responsável;
- e) Não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto;
- f) Óbito.

19.6.17. A equipe multiprofissional é composta por Auxiliar/Técnico de enfermagem (12 horas ou 24 horas), médico, enfermeiro, fisioterapia, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.

19.6.18. A família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, a qual designará “Cuidador”. Esta pessoa será de grande importância para que os objetivos do tratamento sejam atingidos, pois o Cuidador será responsável pelo acompanhamento e evolução do paciente, bem como pelo atendimento das necessidades gerais do paciente durante e após a alta da internação domiciliar.

19.6.19. As despesas com o “Cuidador”, se existirem, serão de responsabilidade do beneficiário

e/ou seu representante legal. O Cuidador será capacitado e orientado para prestar os cuidados necessários ao paciente, facilitando a sua alta quando o quadro clínico assim o permitir.

19.6.20. São atribuições do “Cuidador”: os cuidados de higiene pessoal, a administração de medicamentos (exceto injetáveis), o auxílio na mobilização, a alimentação por sondas ou VO, os curativos simples etc.

19.6.21. O “Cuidador” será o elo entre o cliente, a Equipe Multidisciplinar e os demais membros da família.

19.6.22. A família e o Cuidador deverão submeter-se a treinamento e assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento, de modo a estarem aptos à execução dos cuidados após a alta da assistência domiciliar ou na suspensão da presença de técnico de enfermagem no domicílio.

19.7. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

19.7.1. A assistência domiciliar visa o gerenciamento de doenças crônicas e busca a construção de uma estrutura de apoio que possibilite ao paciente e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade.

19.7.2. A indicação e seleção do beneficiário nesta modalidade é parte de uma política que visa: melhorar a qualidade de vida e identificar fatores de risco determinantes do estado de saúde, estimular o engajamento da família no processo de otimização dos cuidados, promover ações para minimizar os efeitos de doenças e incapacidades, com a participação de profissionais especializados e/ou cuidador responsável, promover a assistência nas complicações e manifestações mais avançadas da doença, reabilitando ou amenizando sequelas já instaladas, reduzir a utilização dos serviços assistenciais com tecnologias desnecessárias, reduzir o número de internações/reinternações hospitalares, bem como o tempo de permanência hospitalar (atuação preventiva nas intercorrências), promover maior conforto e dignidade para os pacientes em processo de finitude e motivar o indivíduo a melhor compreender e aceitar sua condição de saúde, contribuindo para melhoria da adesão ao tratamento.

19.7.3. Os beneficiários do SISAU podem participar desta modalidade de atenção à saúde pela rede complementar do SISAU, desde que reúnam todos os seguintes critérios de elegibilidade:

- a) Problemas de saúde que gerem incapacidade permanente ou temporária, passíveis de reabilitação ou adaptação, independentemente da idade do paciente; e
- b) Dificuldade ou impossibilidade clínica de locomoção até uma unidade de saúde, conforme parecer médico.

19.7.4. É vedada a admissão de benefícios e/ou inclusão de aditivos ao plano previamente aprovado sem autorização do GSAU-GW e sua respectiva homologação pela SARAM, bem como a solicitação de autorização e/ou prorrogação com data retroativa.

19.7.5. A autorização de uso do serviço credenciado será feita por meio de GAB, emitida pelo GSAU-GW, equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB definirá o(s) tipo(s) de procedimento(s) específico(s) e período autorizado de execução do serviço, o qual não será superior a 60 (sessenta) dias.

19.7.6. A visita domiciliar de médico de qualquer especialidade, de caráter eletivo, não prevista no plano de assistência domiciliar, deverá ser submetida à análise e autorização prévia do GSAU-GW.

19.7.7. Para continuidade dos atendimentos domiciliares seriados (como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), os profissionais de saúde credenciados deverão encaminhar até o 20º dia de cada mês, ao GSAU-GW (funsa.gsaugw@fab.mil.br), relatórios dos atendimentos e progressos alcançados.

19.7.8. É vedada a implementação de atendimentos seriados sem a autorização prévia do GSAU-GW.

19.7.9. A aquisição de medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo) é de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal, assim como, dieta enteral industrializada (via reembolso) e /ou suplementos nutricionais, conforme descrito nos itens 19.6.10 e 19.6.14 deste documento.

19.7.10. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para assistência domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos, o domicílio sem estrutura mínima, e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

19.7.11. Caso exista a necessidade de um cuidador, a família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, cujas despesas e encargos trabalhistas, se houver, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal.

19.7.12. É vedada a implementação de qualquer atendimento de saúde sem a autorização prévia do GSAU-GW.

19.7.13. Sendo a assistência domiciliar um serviço compartilhado, são de responsabilidade da família a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene ou limpeza doméstica.

19.7.14. Devem ser autorizadas visitas ao domicílio e ao paciente por auditores do GSAU-GW, sempre que este considerar necessário.

19.7.15. O beneficiário e/ou seu representante legal devem manter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da assistência domiciliar e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente.

19.8. Composição e Descrição da ATENÇÃO DOMICILIAR (Internação e Assistência)

19.8.1. 24 horas inclui:

19.8.1.1. Apoio serviço social – integral;

19.8.1.2. Avaliação e validação da residência;

19.8.1.3. Avaliação inicial do paciente no hospital ou residência;

19.8.1.4. Call Center – 24 horas por dia;

19.8.1.5. Coleta de exames laboratoriais em residência – conforme necessidade ;

19.8.1.6. Concentrador de oxigênio com cilindro de qualquer tamanho e carrinho para O2;

19.8.1.7. Conjunto de oxigenoterapia por cateter;

19.8.1.8. Curativos quantas vezes forem necessários;

19.8.1.9. Equipamento de proteção individual;

19.8.1.10. Kit sinais vitais;

19.8.1.11. Mala de assistência à parada cardiorrespiratória;

19.8.1.12. Equipamentos:

- a) AMBU;
- b) Aspirador de secreções;
- c) Bomba de infusão;

- d) Cadeira de rodas e higiênica de qualquer modelo e tamanho ;
- e) Cama hospitalar ou elétrica de qualquer modelo e tamanho;
- f) Cilindros de oxigênio de qualquer tamanho e recargas se necessário;
- g) Colchão convencional e/ou de qualquer tipo;
- h) Escada de dois degraus;
- i) Esfigmomanômetro;
- j) Inalador/ aparelho nebulizador e materiais necessários para o funcionamento;
- k) Kit de nebulização (máscara, copo e mangueira)
- l) Máscara para traqueostomia (adulto e pediátrica)
- m) Máscara de Venturi (adulto e pediátrica)
- n) Oxímetro de pulso;
- o) Suporte de soro;
- p) CPAP/ BIPAP e materiais necessários para o funcionamento.

19.8.1.13. Orientações aos familiares e identificação dos cuidados;

19.8.1.14. Relatórios técnicos semanais (multiprofissionais);

19.8.1.15. Remoção inicial (hospital e domicílio). Entende-se por remoção inicial o deslocamento do paciente do Hospital/Clínica ao domicílio. No caso de internação/exame do paciente já assistido pela internação domiciliar, será considerado quando permanecer fora do domicílio por período igual ou maior que 12 (doze) horas;

19.8.1.16. Respirador (ventilador) e circuitos (prescrito pelo médico);

19.8.1.17. Sessão de fisioterapia motora/respiratória – até 05 vezes por semana;

19.8.1.18. Sessão de fonoaudiologia – até 03 vezes por semana;

19.8.1.19. Técnico de enfermagem – 24 horas por dia;

19.8.1.20. Sessão de terapia ocupacional – até 02 vezes por semana;

19.8.1.21. Visita de enfermeira – 01 vez por semana;

19.8.1.22. Visita do nutricionista – até 02 vezes ao mês;

19.8.1.23. Visita do psicólogo – até 01 vez por semana;

19.8.1.24. Visita médica – 01 vez por semana;

19.8.1.25. Visita do estomaterapeuta – até 02 vezes ao mês;

19.8.2. 12 horas inclui:

19.8.2.1. Apoio de serviço social – integral;

19.8.2.2. Avaliação e validação da residência;

19.8.2.3. Avaliação inicial do paciente no hospital ou residência;

19.8.2.4. Call Center – 24 horas por dia;

19.8.2.5. Coleta de exames laboratoriais em residência – conforme necessidade;

19.8.2.6. Concentrador de oxigênio com cilindro de qualquer tamanho e carrinho para O₂;

19.8.2.7. Conjunto de oxigenioterapia por cateter;

19.8.2.8. Curativos quantas vezes forem necessários;

19.8.2.9. Equipamentos de proteção individual;

19.8.2.10. Kit sinais vitais;

19.8.2.11. Mala de assistência para parada cardiorrespiratória;

19.8.2.12. Equipamentos:

- a) AMBU;
- b) Aspirador de secreções;
- c) Bomba de infusão;
- d) Cadeira de rodas e higiênica de qualquer modelo ou tamanho;
- e) Cilindros de oxigênio de qualquer tamanho e recargas se necessário;
- f) Colchão convencional e/ou de qualquer tipo;
- g) Cama hospitalar elétrica qualquer modelo ou tamanho;
- h) Escada de dois degraus;
- i) Esfigmomanômetro;
- j) Inalador/ aparelho nebulizador e materiais necessários para o funcionamento;
- k) Oxímetro de pulso;
- l) Suporte de soro;
- m) CPAP/ BIPAP e materiais necessários para o funcionamento.

19.8.2.13. Relatórios técnicos semanais (multiprofissionais);

19.8.2.14. Remoção inicial (hospital e domicílio). Entende-se por remoção inicial o deslocamento do paciente do Hospital/Clínica ao domicílio. No caso de internação/exame do paciente já assistido pela internação domiciliar, será considerado quando permanecer fora do domicílio por período igual ou maior que 12 (doze) horas;

19.8.2.15. Técnico de enfermagem – 12 horas por dia;

19.8.2.16. Sessão de terapia ocupacional – até 01 vez por semana;

19.8.2.17. Visita da enfermeira – até 03 vezes ao mês;

19.8.2.18. Sessão de fisioterapia motora/respiratória – até 03 vezes por semana;

19.8.2.19. Sessão de fonoaudiologia – até 02 vezes por semana;

19.8.2.20. Visita do psicólogo – até 02 vezes ao mês;

19.8.2.21. Visita médica – 01 vezes ao mês;

19.8.2.22. Visita do estomaterapeuta – até 02 vezes ao mês;

19.8.2.23. Visita do nutricionista – até 01 vez ao mês;

20. INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS

20.1. Entende-se por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar. (Resolução de Diretoria Colegiada- RDC nº 502, de 27 de maio de 2021, da ANVISA).

20.2. As instituições só serão credenciadas se atenderem às condições gerais e processos operacionais para funcionamento, que estão amplamente definidas na RDC nº 502, de 27 de maio de 2021, da ANVISA.

20.3. Segundo a Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022, art. 37. “A pessoa idosa tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhada de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.”

“§ 1ª A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.”

20.4. São considerados elegíveis para internações de longa permanência em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) credenciada, os beneficiários que apresentem quadros crônicos que necessitem de assistência especializada e incompatíveis com a permanência na residência ou em OSA, conforme Relatório Social (anexo 10), e Ordem Técnica nº 010/DIRSA/2022, de 16 de dezembro de 2022.

20.5. Serão amparados pelo SISAU, na assistência em ILPI, os beneficiários do FUNSA que não possuam familiar, e que necessitem de ILPI de acordo com os graus de dependência do Idoso, descritos a seguir:

a) Grau de Dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária (tais como: alimentação, mobilidade, higiene); sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

b) Grau de Dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

20.6. O encaminhamento ao serviço credenciado ocorrerá nas situações em que o GSAU-GW não disponha de condições para a realização de internação para pacientes crônicos ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação da solicitação de Internação pela SARAM.

20.7. A internação será feita por meio de GAB (Anexo 2), emitida pelo GSAU-GW, com validade equivalente ao período de execução dos serviços.

20.8. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 60 (sessenta) dias.

20.9. A instituição de ILPI obrigatoriamente deverá enviar até o 20º do mês, relatório sobre o beneficiário assistido para que seja elaborada a autorização de prorrogação para o serviço prestado no mês seguinte, incluindo relatórios técnicos multiprofissionais.

20.10. Os beneficiários assistidos em ILPI, serão visitados por equipe médica do GSAU-GW, mensalmente, com o objetivo de avaliar o relatório de prorrogação encaminhado pelo prestador.

20.11. A internação de longa permanência cessará nos seguintes casos:

- a) mudança para internação hospitalar no caso de intercorrência clínica;
- b) atenção domiciliar, assistência domiciliar ou internação domiciliar;
- c) por solicitação do paciente ou seu responsável legal; e
- d) óbito.

20.12. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação de longa permanência deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feita pelo responsável, por meio da modalidade de reembolso.

20.13. Para a utilização de materiais, medicamentos e dietas enterais industrializadas, deverá obrigatoriamente ser realizada solicitação de autorização prévia da auditoria do GSAU-GW, funsa.gsaugw@fab.mil.br.

20.14. São de responsabilidade da família/responsável legal/tutor/ILPI, a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene, aquisição e/ou locação de: medicação profilática e de uso contínuo (antihipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, etc.), tiras e aparelho

de glicemia capilar, lancetas, pomadas preventivas e hidratantes, produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis, andador, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar (incluindo escada e colchão), comadre/papagaio, colchão caixa de ovo, nebulizador, termômetro, oxímetro, CPAP e BIPAP.

20.15. Itens inclusos exclusivamente para os idosos com grau de Dependência III:

- a) Sessão/atendimento na(s) especialidade(s) autorizadas pelo GSAU-GW: para Fonoaudiologia e Fisioterapia;
- b) Supervisão de Enfermagem 24 h;
- c) EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a Norma Regulamentadora NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32); medicamentos (soro fisiológico, soro glicosado, água destilada e demais diluentes); e qualquer dispositivo de segurança para profissional do credenciado;
- d) Procedimentos: curativos quantas vezes for necessário;
- e) Remoção inicial (hospital e ILPI).

21. OS HONORÁRIOS MÉDICOS CIRÚRGICOS; AS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS; AS CONSULTAS MÉDICAS EM PRONTO SOCORRO; HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT), serão remuneradas de acordo com o porte da tabela CBHPM-2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), com deflator de 20% no porte e no UCO.

21.1. CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS:

21.1.1. As consultas médicas realizadas em consultório no horário normal ou preestabelecido (eletivas), identificadas pelo código 1.01.01.01-2, serão pagas conforme Referencial de Custos.

21.1.2. As consultas a pacientes em hospital (internados) e as consultas realizadas em pronto-socorro (urgência/ emergência) serão pagas como referencial, a tabela – CBHPM 2014 com deflator de 20% no porte e no UCO.

21.1.3. A CREDENCIANTE poderá efetuar glosas técnicas e médicas, devidamente justificadas, na realização de consultas de um mesmo beneficiário, por um mesmo médico, pela mesma patologia, dentro de um período igual ou inferior a 30 (trinta) dias, contados a partir do dia subsequente da realização da consulta.

21.1.4. Consulta marcada e não comparecida (ato médico não realizado) não poderá ser cobrada e, conseqüentemente, não será paga.

21.1.5. A assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar:

- a) Psiquiatria AMBULATORIAL – 01 consulta a cada 30 (trinta) dias;
- b) Psiquiatria HOSPITALAR – período de internação limitado a 60 (sessenta) dias.
- c) Não será pago honorário médico, para dispensação de medicação VO.

21.2. CONSULTAS EM PRONTO-SOCORRO

21.2.1. As consultas realizadas em pronto-socorro (urgência/emergência), (código: 10101039), serão remuneradas de acordo com o porte da tabela CBHPM 2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), com deflator de 20% no porte e no UCO, exceto para as consultas com valores no referencial de custos.

21.2.2. Caso o paciente, após receber alta do atendimento no Pronto-Socorro/ Pronto Atendimento, retorne ao credenciado no prazo de 24h (vinte e quatro horas) com a mesma patologia, não será considerado novo honorário médico.

21.3. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

21.3.1. Para serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, nos quais seja necessário uso de filme radiológico, adota-se a tabela definida anualmente pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente na época do atendimento, para o cálculo do valor máximo do filme.

21.3.2. Os exames radiológicos são calculados por procedimento e não por incidência. Deve ser informado na fatura a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado de acordo com a GAB (Anexo 2). Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura.

21.3.3. Quando o procedimento do atendimento não constar da tabela CBHPM acordada, poderá ser adotada a próxima edição cujo procedimento esteja contemplado, mantendo o deflator de 20% sobre o UCO e PORTE.

22. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (INCLUSIVE ANTINEOPLÁSICOS E MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR)

22.1. Para exames que não preveem o uso de contraste somente será pago o seu valor se estiver prescrito na requisição médica, ou a justificativa médica do serviço credenciado.

22.2. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

22.3. Não será coberto o uso sistêmico de inibidores de bomba de próton parenteral em pacientes com via oral disponível.

23. DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

23.1. É um tipo de alimentação líquida, administrada por sonda, como forma de oferecer os nutrientes que o organismo precisa a um paciente incapacitado ou com dificuldades para ingerir por via oral.

23.2. Para dietas enterais especiais e parenterais serão considerados os valores do Guia Brasíndice, e, caso não conste nesta, será utilizada a Revista SIMPRO Hospitalar. Caso as dietas enterais não constem em nenhuma das tabelas supracitadas, para fins de pagamento, a CREDENCIADA deverá apresentar a Nota Fiscal (NF) do produto e a CREDENCIANTE realizará o pagamento conforme valor unitário especificado em NF, acrescido de 10% (dez por cento) do valor.

23.3. Para a utilização deste item, deverá obrigatoriamente ser realizada solicitação de autorização prévia da auditoria da FUNSA, por meio do e-mail: funsa.gsaugw@fab.mil.br.

23.4. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feita pelo responsável, por meio da modalidade de reembolso.

23.5. O pagamento de EQUIPOS para infusão de DIETAS ENTERAIS será feito para cada 24 (vinte e quatro) horas de uso.

24. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

24.1. Para materiais médico-cirúrgicos será utilizada a tabela SIMPRO, que é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro na ANVISA, código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, classificação, embalagem e outros), destinada a compras, faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares.

24.2. Os materiais serão consultados na tabela SIMPRO em vigor no período do atendimento/internação, e, quando não encontrados nesta, a CREDENCIADA deverá apresentar a respectiva Nota Fiscal (NF) para conferência, aplicando-se um deflator de 20% no valor da mesma.

24.3. Apósito é definido como material penso, curativo, compressa ou emplastro que se põe sobre lesão ou ferimento.

24.4. O material médico-cirúrgico descartável é o material de consumo hospitalar usado no dia a dia de atendimentos médicos e que não podem ser reutilizados.

24.5. JELCOS e SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

24.6. LÂMINA DE SHAIVER: no caso da lâmina com diâmetro menor que 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral, desde que não esteja incluso no PACOTE.

24.7. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril, desde que não esteja incluso no PACOTE.

24.8. MICROPORE e ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento, 30 (trinta) cm para acesso venoso de adulto e 20 (vinte) cm para o de criança. Estará sujeito a glosa nos casos de excesso ou uso indevido, desde que não esteja incluso no PACOTE.

24.9. PERFUSORES e TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas. Em situações especiais deverá ter o uso justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

24.10. Não serão remunerados nenhum tipo de dispositivo de segurança em seringas, agulhas, jelco, scalp entre outros, para proteção do profissional.

25. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS):

25.1. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na assistência à saúde, relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

25.2. O procedimento cirúrgico deverá estar listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. O profissional assistente deverá justificar clinicamente a sua indicação, incluindo as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME, oferecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, e que atendam às características especificadas, com a indicação dos seus preços de aquisição. Materiais de origem estrangeira que possuem registro válido na ANVISA serão considerados nacionalizados. Para a escolha do material e liberação do procedimento, será considerado o menor valor dentre os 03 (três) (Anexo 9).

25.3. Para o pagamento, será acrescida a taxa de compensação pela manutenção de estoque.

25.4. Para a análise dos orçamentos será exigido o descritivo do material com o respectivo código da ANVISA, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da empresa fornecedora. Ao prontuário do paciente, deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/etiqueta/lacre de controle ou identificação com número, de forma a confirmar sua utilização, além de nota fiscal de todos os

materiais a serem utilizados.

25.5. Os orçamentos deverão ser enviados pela CONTRATADA para o e-mail funsa.gsaugw@fab.mil.br, com antecedência de 10 (dez) dias úteis, para procedimentos eletivos, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise das informações contidas em formulário de solicitação de autorização para OPME (Anexo 9).

25.6. Nos casos de cirurgia em caráter de urgência/ emergência, com uso de OPME, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível.

25.7. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada à FUNSA, pelo e-mail: funsa.gsaugw@fab.mil.br em até 02 (dois) dias úteis após a realização do procedimento, com a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME.

25.8. Caso o prazo não seja cumprido, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria retrospectiva e estará sujeita a glosa por falta de autorização.

25.9. Deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/lacre de controle ou identificação com número, no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização.

25.10. Fica definido o valor mínimo de OPME/Medicamentos de alto custo em R\$750,00 (setecentos e cinquenta reais), não sendo necessária a solicitação de autorização prévia para valores inferiores.

25.11. É proibida a substituição ou troca de OPME previamente autorizado, excetuando-se os casos comprovadamente de intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico.

25.12. Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica, a CREDENCIADA deverá comunicar ao GSAU-GW por escrito, através do e-mail funsa.gsaugw@fab.mil.br, em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

25.13. Falhas administrativas por parte da CREDENCIADA não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa dos valores excedentes ao autorizado.

25.14. Para procedimentos cirúrgicos que envolvam a implantação de OPME no usuário, é necessária a realização de radiografia ou outro exame que comprove a sua utilização, após o procedimento cirúrgico, estando assim sujeito a glosas, caso não sejam identificados (qualitativa e quantitativamente) neste exame de imagem.

26. MATERIAIS REPROCESSADOS

26.1. A utilização de material reprocessado deverá seguir a normatização estabelecida pela ANVISA, com atenção aos critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde.

26.2. O material será considerado passível de reprocessamento, basicamente, se as duas condições a seguir não forem evidenciadas:

26.2.1 Se o material constar na lista publicada pela RE/ANVISA 2605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a relação de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados; e

26.2.2 A rotulagem do produto apresentar os dizeres “Proibido Reprocessar”, conforme estabelece a RDC/ANVISA nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

26.3. O valor a ser pago, desde que comprovado sua utilização em boletim de sala dos atos cirúrgicos e procedimentos de SADT, será 1/3 do valor constante na tabela SIMPRO.

27. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE

27.1. Os seguintes materiais deverão ser considerados inclusos em itens já relacionados neste documento, não podendo ser cobrados separadamente em nenhum dos regimes de atendimento (internação hospitalar, domiciliar, psiquiátrica, atendimento ambulatorial e emergencial, etc):

1. Absorvente higiênico;
2. Adesivo para fixação (micropore, esparadrapo, fita crepe, filmes transparentes);
3. Água oxigenada;
4. Algodão;
5. Aquecedor e manta térmica;
6. Bacia plástica;
7. “Band-aid” ou curativos similares;
8. Bandeja para raquianestesia;
9. Bisturi descartável;
10. Blood stop e equivalentes;
11. Blusas descartáveis;
12. Bolsa de água quente;
13. “Bom ar” ou produtos similares;
14. Bomba para ordenha;
15. Borracha de silicone;
16. Cabo bipolar;
17. Cadeira de apoio para banho;
18. Calçados ortopédicos;
19. Campo cirúrgico operatório de qualquer tipo descartável ou esterelizável;
20. Caneta para bisturi descartável;
21. Cânula de Guedel;
22. Capa de vídeo;
23. Capa para microscópio;
24. CD, DVD;
25. Cinta lombar;
26. Colete lombar;
27. Colchão de quaisquer tipo (piramidal, pneumático, casca de ovo e etc);
28. Compressa cirúrgica;
29. Conexão para aspiração, bomba e pressão;
30. Copo descartável;
31. Cotonete e cotonóide – pago apenas para oftalmologia;
32. Creme dental;
33. Chuca/chupeta;
34. Degermantes e soluções para assepsia ou limpeza de superfícies;
35. Despesa de frigobar;

36. Dispositivo anti-trombolítico;
37. Eletrodos (exames e monitorização);
38. Escova de degermação;
39. Escova de dente;
40. Espéculo descartável;
41. Esponja para banho;
42. Estabilizador de tornozelo;
43. Éter benzina e tintura de iodo;
44. Extensor para aspirador (qualquer tipo);
45. Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
46. Faixa elástica pós-operatória;
47. Filme endoscópio;
48. Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas;
49. Fixador de sonda;
50. Fixador de tubo traqueal;
51. Fixador externo (ortopedia);
52. Formol;
53. Fralda descartável;
54. Frascos para exame;
55. Frasco coletor de secreção (vidro ou plástico);
56. Gaze radiopaca;
57. Gaze não estéril;
58. Gel para biométrica;
59. Gerador de tecnécio;
60. Gesso sintético;
61. Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
62. Imobilizador;
63. Instrumento para tricotomia e barbear;
64. Lençol descartável;
65. Lenço umedecido;
66. Luva para aparelho de laparoscopia;
67. Loções hidratantes;
68. Manta de qualquer material, tipo ou finalidade;
69. Manteiga de cacau;
70. Máscara laríngea;
71. Material de banho do RN;
72. Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica;
73. Mercúrio de prata;
74. Micro por espaçador;
75. Muletas;
76. Pasta gel;
77. Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
78. Papel higiênico;
79. Pijama descartável;
80. Pulseira de identificação;
81. Protetor labial e auricular;
82. Redutor trocáter;
83. Sabonete;
84. Sandálias para gesso e/ou palmilha para calcâneo;
85. Sensor infantil neonatal;

86. Sensor para oxímetro;
87. Talco;
88. Tampa cone Luer;
89. Tampa oclusora macho e fêmea (Combi-red / tampa para soro);
90. Tapoin;
91. Termômetros;
92. Tipóias;
93. Toalha descartável e demais produtos com finalidade higiênica e cosmética;
94. Transdutor isolador de pressão para máquina de hemodiálise.

28. NOTAS COMPLEMENTARES

28.1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.

28.2. Não será remunerada a diária do dia do óbito e do dia da alta;

28.3. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago na manutenção de acesso venoso e na soroterapia, incluindo reposição contínua prolongada de glicose para paciente em dieta zero (excluindo alterações metabólicas).

28.4. Exames complementares de alto custo, que não forem justificados por urgência/emergência, necessitarão de autorização prévia da FUNSA do GSAU-GW.

28.5. Será pago o valor de uma visita diária ao médico assistente, desde que conste no prontuário a evolução legível com assinatura e número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do mesmo. Não serão remunerados honorários médicos quando houver inconsistência entre o profissional executante e o profissional que assina a evolução.

28.6. Não será paga taxa de coleta de exames, nem materiais utilizados para a coleta pelo hospital ou terceiros.

28.7. O uso de fototerapia, incubadora ou berço aquecido deverão constar em prescrição médica e no relatório de enfermagem, discriminando o tempo utilizado.

28.8. Nos exames de diagnóstico (laboratorial, grafia e imagem) deverão constar requisição do médico solicitante e o laudo devidamente assinados e carimbados para fins de auditoria “*in loco*”.

28.9. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior a 2 (duas) tentativas por profissional, conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 04, de 26 de julho de 2022, que dispõe sobre as práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde.

28.10. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão ser registrados.

28.11. Os curativos realizados em pacientes internados serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro estomatoterapeuta e descrição da enfermagem. No caso de curativo em pronto socorro ou ambulatorial, seguir o descrito anteriormente neste documento (item 15.26).

28.12. No uso do aparelho de anestesia está incluso o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago no caso de anestesia local ou sedação simples.

28.13. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.

28.14. Os dispositivos tipo torneira de 3 vias serão pagos somente em caso de infusão contínua e de múltiplas medicações. Em centro cirúrgico não serão cobertas quando utilizadas em conjunto com equipamentos que já possuam injetor lateral.

28.15. Os componentes de hemoterapia somente serão remunerados mediante prescrição médica,

comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.

28.16. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem. Em caso de troca deverá ser apresentada justificativa por escrito. Não serão remunerados honorários médicos quando houver inconsistência entre o profissional executante e o profissional que assina a evolução.

28.17. A troca de cateter de *Swan-Ganz* será paga 01 (uma) por internação. A troca deverá ser justificada pelo médico e a embalagem do produto anexada no prontuário do paciente.

28.18. A taxa de nebulização será remunerada conforme referencial de custos em todos os setores hospitalares.

28.19. A taxa de curativo será remunerada somente em procedimentos ambulatoriais, incluindo materiais, medicamentos e coberturas especiais utilizados. No caso de paciente internado, não será paga taxa de sala, apenas medicações, materiais e coberturas especiais utilizados.

28.20. Todos os materiais com dispositivos de segurança/proteção serão remunerados em 50% do valor do item.

28.21. O CREDENCIADO ficará ciente de que as visitas concorrentes, realizadas pela equipe do CREDENCIANTE, ocorrerão sempre que necessárias e/ou nos casos de internação de emergência/urgência, sendo avisados antecipadamente por contato telefônico, afim de realizar avaliação clínica do usuário e averiguação de possível transferência para o hospital do credenciante.

Guaratinguetá, SP. Data conforme assinatura digital

Assinado Digitalmente

GERSON ARTUR FERNANDES LIMA JUNIOR Maj QOMED

Presidente de Equipe de Planejamento

DESPACHO DO ORDENADOR DE DESPESAS DELEGADO

Aprovo:

Considerando os motivos expostos na Justificativa da Necessidade de Aquisição, os critérios utilizados neste Termo e a disponibilidade orçamentária detalhada, todos constantes do respectivo Processo, APROVO este Documento, de acordo com o Inciso 14 do Decreto nº 10.024/19.

Assinado Digitalmente

RODRIGO DE OLIVEIRA CORRÊA Cel QOINT

ORDENADOR DE DESPESAS POR DELEGAÇÃO

Anexo 1 – SOLICITAÇÃO DE GAB



**COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA
ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ
SEÇÃO DO FUNSA**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO À REDE COMPLEMENTAR DO SISAU

1) Deve ser preenchido apenas para beneficiários do FUNSA.		
2) O Oficial solicitante deverá encaminhar o beneficiário à Seção de FUNSA, para que possa ser devidamente orientado.		
NOME DO BENEFICIÁRIO:		IDADE:
GRAU DE DEP:	SARAM:	UNIDADE: EEAR
NOME DO TITULAR:		
POSTO/GRADUAÇÃO:	<input type="checkbox"/> ATIVA <input type="checkbox"/> INATIVA	
EXAME SOLICITADOS:		
H. DIAGNÓSTICA (CID):		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS QUE CORROBORAM A SOLICITAÇÃO:		
JÁ REALIZOU ESTE EXAME ANTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANDO?		
JUSTIFICATIVA DA NOVA REALIZAÇÃO:		
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
_____		____/____/____
MÉDICO SOLICITANTE		DATA
DIVISÃO/SEÇÃO MÉDICA		
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO GAB <input type="checkbox"/> AUTORIZADO ARE <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO (DEVOLVER AO MÉDICO SOLICITANTE)		
JUSTIFICATIVA DA NÃO AUTORIZAÇÃO:		
_____		____/____/____
CHEFE DO FUNSA/DIVISÃO MÉDICA		DATA
PREENCHIDO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL (EM CASO DE GAB)		
OPÇÃO DE PRESTADOR: _____		
ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL: _____		DATA: ____/____/____
TELEFONE: (____) _____		



**COMANDO DA AERONÁUTICA
ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ**

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____

Estado Civil: _____ Profissão/Posto/Graduação: _____

Identidade Militar e/ou RG: _____ SARAM: _____

Residente no Endereço: _____

Município: _____ - _____, mediante a este instrumento, declaro que nos termos 6.1.6, 6.1.6.1 e 6.1.6.2 da NSCA 160-7/2019, caso haja disponibilidade de transferência para uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), e **caso se recuse a autorizar a remoção do paciente**, ficará caracterizado que a permanência do paciente no hospital privado, a partir daquela data, será decorrente do **exercício da livre escolha do beneficiário/responsável** pelo paciente, escolha esta que não se encontra coberta pelas normas que regram a prestação da assistência médico-hospitalar pelo sistema de saúde da Aeronáutica, de modo que o exercício desse direito **afastará a responsabilidade do Comando da Aeronáutica pelas despesas com o tratamento, a partir da data da transferência/remoção**.

_____ - SP _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

6.1.6 É de responsabilidade de cada OC gerenciar as intimações na rede complementar do SISAU, por meio de auditoria prospectiva e concorrente. Logo que as condições clínicas do paciente permitirem e houver OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA apta a receber o caso, a OC deverá providenciar sua transferência.

6.1.6.1 No caso de recusa do beneficiário e/ou seu responsável de transferi-lo para uma OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA, a OC deverá dar ciência ao beneficiário ou seu representante, formalmente documentada, de que, a partir daquela data, o COMAER não mais se responsabilizará pelas despesas com o tratamento, o qual será caracterizado como livre escolha pelo beneficiário/ responsável pelo paciente.

6.1.6.2 Nos casos do item 6.1.6.1, o beneficiário/responsável pelo paciente deverá assinar um Termo de Ciência, elaborado pela OC conforme modelo do Anexo F (Termo de Ciência Direito de Livre Escolha), após receber as devidas orientações de que está optando pelo seu direito de livre escolha. Caso o beneficiário e/ou seu representante legal se recuse a assinar o Termo de Ciência a que se refere este item, duas testemunhas deverão assinar o documento, confirmando o fato de que todas as informações a respeito do direito de livre escolha e da suspensão da responsabilidade do COMAER pelas despesas do tratamento foram prestadas ao beneficiário e/ou a seu representante legal.

Anexo 2 – GAB

Comando da Aeronáutica Comando Geral do Pessoal Diretoria de Saúde GSAU-GW	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB	Número: GAB2024/GSAU-GW/ 00000
		Data:
Ao:		CPF/CNPJ:
Endereço:		Telefone:
Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)		
Nome do beneficiário:		SARAME:
Grau de dependência:	CPF:	Urgente: Internação:
Nome do Titular:		
Posto/Graduação/Cat:	CPF:	Unidade:
Especificações		
Observações Não cobrar indenização ao Paciente		
Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)	Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB	
Assinatura do Comandante ou Diretor	Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente	

Esta guia tem validade de 60 (sessenta) dias a contar da data de emissão.

Anexo 3 – GEAM

COMANDO DA AERONÁUTICA COMANDO GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE	GEAM N° _____
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ OSA/OM	Data de Emissão ____/____/____

Ao: _____
(Nome do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CNPJ: _____

End: _____ Tel: _____

Encaminhado para _____
(consulta/internação/exame complementar/outras)

o(a) paciente _____

SARAM _____ dependente de _____
(nome/posto/graduação)

beneficiário **exclusivo** da AMH (Assistência Médico-Hospitalar), informando que as despesas decorrentes desse atendimento serão pagas integral (100% - cem por cento) e diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Chefe, Diretor ou Comandante da OM emitente

Eu, _____, beneficiário titular responsável pelo paciente acima identificado, SARAM _____, estou ciente de que deverei arcar integralmente com as despesas decorrentes da prestação do serviço de saúde, que serão pagas diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Guaratinguetá, ____/____/____

Assinatura

Anexo 4 – FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA



COMANDO DA AERONÁUTICA
ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Comprovada a emergência pelo médico assistente, o responsável ou familiar deverá, obrigatoriamente, informar o GSAU-GW através deste formulário em um prazo de 48 (quarenta e oito) horas, conforme ICA 160-7/2019.

Nome do Hospital: _____

Nome completo do PACIENTE: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () M () F nº do SARAM (7dígitos): _____

Nome completo do RESPONSÁVEL: _____

Posto/graduação: _____ OM do responsável: _____

Data da entrada: ___/___/___ horário da entrada: ____:____

Data da saída: ___/___/___ horário da saída: ____:____

Justificativa médica da emergência e descrição do exame clínico:

Exames complementares realizados, medicamentos e materiais utilizados:

Diagnóstico principal: _____ CID: _____

_____/_____/_____
DATA

Assinatura e carimbo do médico atendente

Comprovada a emergência pelo médico assistente, **o responsável ou familiar deverá, obrigatoriamente, informar o GSAU-GW através deste formulário em um prazo de 48 (quarenta e oito) horas, conforme ICA 160-7/2019.**

Assinatura do responsável pelo paciente

Obs.: Fazer esse documento em 2 vias. A 1ª via deverá ser entregue ao paciente para entrega à EEAR e a 2ª via a CONTRADA deverá enviar via e-mail ao FUNSA/EEAR

Anexo 5 – TERMO DE CIÊNCIA – DIREITO DE LIVRE ESCOLHA



**COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ
SEÇÃO DO FUNSA**

Termo de Ciência - Direito de Livre Escolha

1. O presente Termo é lavrado aos ____ dias do mês de _____ de _____, em conformidade com as orientações contidas no item 6.1.6 e seus subitens, da NSCA 160-7/2019, que dispõe sobre o uso da rede complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica, aprovada pela Portaria COMGEP nº 26/DCS, de 31 de Outubro de 2019.
2. Informo ao Sr(a). _____, SARAM _____ responsável pelo(a) paciente _____, que se encontra internado(a) na instituição hospitalar _____, localizada na cidade de _____, que as condições clínicas do(a) paciente permitem a sua remoção para uma Organização de Saúde da Aeronáutica ou de outra Força Singular/HFA, consoante diagnóstico emitido pelo médico responsável.
3. Desse modo, em observância às normas estabelecidas na Legislação em vigor, foi devidamente providenciada a transferência do(a) paciente da supracitada instituição de saúde privada para o _____, que ocorrerá na data de ____/____/____.
4. Caso o Sr.(Sra.) se recuse a autorizar a presente remoção do paciente, ficará caracterizado que a permanência do paciente no hospital privado, a partir daquela data, será decorrente do exercício da livre escolha do beneficiário/responsável pelo paciente, escolha esta que não se encontra coberta pelas normas que regem a prestação da assistência médico-hospitalar pelo Sistema de Saúde da Aeronáutica, de modo que o exercício desse direito afastará a responsabilidade do Comando da Aeronáutica pelas despesas com o tratamento, a partir da data acima.
5. Assim, caso haja a recusa mencionada no parágrafo anterior, o militar/pensionista responsável pelo paciente também será responsável pelo pagamento integral, diretamente à instituição de saúde privada, de TODAS as despesas médico-hospitalares a partir da data acima, e será imediata e formalmente comunicado à instituição _____ que o(a) _____ (Organização Credenciadora) encontra-se desincumbido(a) da responsabilidade de arcar com as despesas que decorrerem a partir da data que a remoção do(a) paciente deixou de ser realizada única e exclusivamente em razão da vontade expressa pelo responsável.
6. Por fim, informo que eventual recusa em assinar o presente Termo será suprida pela oposição de assinaturas de duas testemunhas, que presenciarão tanto a leitura do mesmo quanto o fato de que todas as informações constantes neste foram adequadamente prestadas a V. Sa.

Militar da OC responsável pela
comunicação (assinatura e carimbo)

Responsável/Beneficiário Titular
SARAM _____

Testemunha

Testemunha

Anexo 6 – NEAD

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

SARAM: _____ Idade: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE						
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR				SIM	NÃO	
Apresenta Cuidador em período integral?						
O domicílio é livre de risco?						
Existe algum impedimento para se deslocar até a organização de saúde?						
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.						
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR						
PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR						
	24 HORAS		12 HORAS		ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia		Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia		Até 5 vezes/dia		Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia		Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia				Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.						
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR						
ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTOAR 2)	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA
LESÕES	0	NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				PONTUAÇÃO FINAL:		
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros Programas			De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h	
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)			18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h	

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

Fonte: Nead

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



ESCORE DE KATZ					
ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)	DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)			
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.	NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.			
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.	NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.			
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOLOU COMADRE.			
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.	NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.			
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINARE E EVACUAR).	É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.			
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.	NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.			
PONTUAÇÃO KATZ:					
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	< 2	DEPENDENTE TOTAL
Assinatura e Carimbo				Data	
____/____/____					

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

- a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.
- c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

- a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

- a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
 - ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
 - iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.
- b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
- c) No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
- d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

Fonte: Nead

Anexo 7 – RELATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ANEXO B

Data de Emissão: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	RELATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	 <small>FORÇA AÉREA BRASILEIRA</small>
--	---	--

Para o planejamento da Atenção Domiciliar devemos considerar as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente em seu domicílio. Este formulário deve ser preenchido para todos os casos que tenham necessidade de suporte no ambiente domiciliar.

Observações:

1. Caso o paciente inicie o atendimento em domicílio sem a autorização da OC e homologação pela SARAM, poderá perder a elegibilidade para a Atenção Domiciliar.
2. Havendo suspensão do atendimento em domicílio, nova solicitação deverá ser realizada para análise da OC e homologação pela SARAM.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO					
Nome: <input type="text"/>					
Idade: <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SARAM: <input type="text"/>	Data de Nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Telefone Residencial: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>
Endereço para atendimento: <input type="text"/>					
Município: <input type="text"/>			Estado: <input type="text"/>		
Responsável legal: <input type="text"/>			Telefone: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>	
E-mail: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Cuidador domiciliar prévio			Se "Sim" especificar: <input type="text"/>		
Tempo previsto para Atenção Domiciliar: <input type="text"/>			Possui Cuidador Identificado? <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico: <input type="text"/>					
Antecedentes: <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> IRC Dialítica <input type="checkbox"/> IRC não Dialítica <input type="checkbox"/> AVCi <input type="checkbox"/> AVCh					
<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar					
<input type="checkbox"/> Outros					

Quadro clínico atual:

Suporte ventilatório:

Aspiração de vias aéreas _____ x/dia Traqueostomia Ventilação Mecânica Cateter Nasal

Oxigênio contínuo _____ L/min Oxigênio intermitente _____ L/min

BIPAP Intermitente BIPAP contínuo CPAP intermitente Ventilação Mecânica Contínua

Terapia nutricional:

Oral SNE/SNG Jejunostomia Gastrostomia NPT Dieta enteral industrializada

Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade

Medicação - dosagem e frequência de utilização:

EV IM SC

Acesso venoso:

Periférico Central

Especificar::

SVA intermitente _____ x/dia SVD Diálise Peritonal Cistostomia

Ileostomia Colostomia

	<p>Curativo:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Descrição da(s) lesão(s):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tratamento proposto:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Necessidade de equipamentos especiais:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Especificar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Plano de Atenção Domiciliar</p>	<p>Prescrição médica:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Suporte de oxigênio:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Cilindro de O2 <input type="checkbox"/> Concentrador de O2</p> <p>Recurso humanos sugeridos:</p> <p><input type="checkbox"/> Visita médica: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Visita de Enfermagem: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Visita de Nutricionista: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia respiratória: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia motora: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fonoaudiologia: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem _____ (horas/dia)</p> <p><input type="checkbox"/> Psicologia: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro profissional: _____</p>

Assistência prestada por:

OSA Rede credenciada Ressarcimento

Empresa prestadora do serviço:

Observações da OC:

Anexo 8 -FORMULÁRIO ANALÍTICO DE REMOÇÃO



COMANDO DA AERONÁUTICA
ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

RELATÓRIO ANALÍTICO DE REMOÇÃO DE PACIENTE

HOSP. DE ORIGEM:	HOSP. DE DESTINO:
AMBULÂNCIA UTI: () SIM () NÃO	

I – IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ IDADE: ____ anos

POSTO/GRADUAÇÃO/FUNÇÃO: _____

IDENTIDADE: _____ OM: _____

RESPONSÁVEL: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ Nº PRONTUÁRIO: _____

Nº SARAM: _____

II- NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE: SIM () NÃO ()

III- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

IV- EXAME FÍSICO/PSÍQUICO:

V- EXAME COMPLEMENTARES:

VI- OBSERVAÇÃO

DATA

Ass. do Médico Assistente

DATA

Ass. do Chefe da DM do GSAU-GW

Anexo 9 - SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE OPME

SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE OPME

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO – ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS

NOME DO BENEFICIÁRIO:		
SARAM:		DATA DO PROCEDIMENTO:
AMBULATORIAL:	() SIM () NÃO	
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:		
CRM:		ASSINATURA DO MÉDICO:
CID DA PATOLOGIA		
CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS		
JUSTIFICATIVAS:		

1º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
2º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
3º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
Parecer da Seção de Auditoria do ES-GW:	
Nome e Assinatura do Auditor:	
data: ____/____/____ Tel Contato:	

Anexo 10 - RELATÓRIO SOCIAL

Data de Emissão: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	RELATÓRIO SOCIAL	 FORÇA AÉREA BRASILEIRA
--	-------------------------	---

Observação:

1. Documento elaborado por assistente social a partir da visita domiciliar, onde são avaliados critérios de cunho socioeconômico e ambiental, sendo estes critérios fundamentais e parte integrante da elaboração do plano de atendimento ao paciente portador de doenças crônicas. O critério sócio-econômico tem o propósito de avaliar a capacidade do beneficiário e/ou seu responsável de custear os itens não cobertos pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica e a manutenção da infraestrutura domiciliar necessária à assistência.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO					
Nome: <input type="text"/>					
Idade: <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SARAM: <input type="text"/>	Data de Nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Telefone Residencial: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>
Endereço residencial: <input type="text"/>					
Município: <input type="text"/>			Estado: <input type="text"/>		
Responsável legal: <input type="text"/>			Telefone: <input type="text"/>		Celular: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>					
Procuração/Certidão de Curatela <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Especificar: <input type="text"/>					
Estrutura familiar:					
Nome	Parentesco	Idade	Profissão		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Situação habitacional:					
Residência:					
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fácil acesso					

<p>Infraestrutura:</p> <p><input type="checkbox"/> Um cômodo <input type="checkbox"/> Até 3 cômodos <input type="checkbox"/> Mais de 3 cômodos</p> <p><input type="checkbox"/> Cômodo adequado para receber o paciente <input type="checkbox"/> Falta de luz frequente</p>	
<p>Saneamento básico:</p> <p><input type="checkbox"/> Água encanada</p> <p><input type="checkbox"/> Esgoto</p> <p><input type="checkbox"/> Coleta de lixo regular</p>	
<p>Situação de saúde:</p> <p>Possui dependentes com problemas de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Observações:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Tipo de solicitação	<p><input type="checkbox"/> Atenção domiciliar <input type="checkbox"/> ILPI</p>
<p>Condição favorável para o custeio:</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso crônico <input type="checkbox"/> Materiais de higiene pessoal <input type="checkbox"/> Fralda descartável</p> <p><input type="checkbox"/> Pomada preventiva de assadura <input type="checkbox"/> Locação de equipamentos <input type="checkbox"/> Energia elétrica</p> <p><input type="checkbox"/> Material para limpeza do ambiente <input type="checkbox"/> outros</p>	
<p>Observação:</p> <p><i>Considerar o aumento do consumo de energia elétrica por necessidade de utilização de equipamentos especiais, tais como: respirador, concentrador de oxigênio, bomba infusora e outros.</i></p>	
<p>Justificativa para indicação social de ILPI:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

Parecer Social:

Local e data: , / /

Hora : h

Carimbo do Oficial