



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ (ES-GW)**

SUMÁRIO

1. OBJETO.....	4
2. JUSTIFICATIVA DO CREDENCIAMENTO.....	5
3. ABRANGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO.....	8
4. EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS.....	9
5. DO REAJUSTE DE PREÇOS.....	11
6. VALORES ESTIMADOS ANUAL E GLOBAL PARA CONTRATAÇÃO.....	11
7. CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....	11
8. PRAZO DE VIGÊNCIA.....	12
9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS.....	12
10. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO.....	13
11. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE.....	16
12. INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO.....	16
13. DESCREDENCIAMENTO.....	17
14. FATURAMENTO E COBRANÇA.....	17
15. VALORES.....	20
15.11. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES.....	23
15.12. DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	26
15.13. DIÁRIAS DE ISOLAMENTO BÁSICAS.....	26
15.14. DIÁRIAS DE ISOLAMENTO DE UTIL.....	26
15.15. DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA.....	27
15.16. DIÁRIAS DE HOSPITAL-DIA EM PSIQUIATRIA.....	31
15.17. TAXAS DE SALA.....	31
15.18. TAXAS DE SALA DE CC, HEMODINÂMICO E/OU OBSTÉTRICO.....	32
15.19. TAXA DE SALA DE HEMODIÁLISE PARA PAC CRÔNICO.....	36
15.20. TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA.....	366

15.21. TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA, TERAPIA HORMONAL, TERAPIA ALVO MOLECULAR, IMUNOBIOLOGICA E RADIOTERAPIA.....	36
15.22. TAXA DE SALA DE PROC AMBULATORIAIS/ DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/PRONTO ATENDIMENTO (PA).....	39
15.23. TAXA DE SALA DE EMERGÊNCIA.....	41
15.24. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA.....	41
15.25. TAXA DE INALAÇÃO.....	42
15.26. TAXA DE CURATIVOS.....	42
15.27. TAXA DE HEMOTERAPIA.....	43
16. HONORÁRIOS DE NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL E FISIOTERAPIA.....	43
16.1. CONSULTA COM NUTRICIONISTA.....	43
16.2. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGA.....	44
16.3. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO.....	45
16.4. CONSULTA/SESSÃO MULTIDISCIPLINAR COM PSICÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL.....	46
16.5. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL.....	46
16.6. CONSULTA/SESSÃO COM FISIOTERAPEUTA.....	47
17. REMOÇÕES.....	47
18. PACOTES.....	50
18.2. PACOTES APARELHO GASTROINTESTINAL.....	50
18.2.1. COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA.....	50
18.2.2. COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA.....	50
18.2.3. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.....	51
18.2.4. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA.....	51
18.3. PACOTES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS.....	51
18.3.1. CURETAGEM.....	51
18.3.2. PARTO CESÁREA.....	51
18.3.3. PARTO VAGINAL.....	51
18.3.4. PARTO GEMELAR.....	51
18.4 PACOTES DE PROCEDIMENTOS.....	52
18.4.1. GLICEMIA CAPILAR POR GLUCOMETER.....	52
19. ATENÇÃO DOMICILIAR.....	52
19.6. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR.....	52
19.7. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	54

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.....	61
21.1. CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS.....	61
21.2. CONSULTAS EM PRONTO SOCORRO.....	61
21.3. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.....	61
22. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS.....	62
23. DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS.....	62
24. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS.....	62
25. OPME.....	63
26. MATERIAIS REPROCESSADO.....	64
27. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE.....	64
28. NOTAS COMPLEMENTARES.....	67

ANEXOS:

Anexo 1: SOLICITAÇÃO DE GAB.....	71
Anexo 2: GAB.....	73
Anexo 3: GEAM.....	74
Anexo 4: FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA.....	74
Anexo 5: TERMO DE CIÊNCIA – DIREITO DE LIVRE ESCOLHA.....	76
Anexo 6: NEAD.....	77
Anexo 7: FORMULÁRIO DE REMOÇÃO.....	80
Anexo 8: SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE OPME.....	81



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO
ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ**

PROJETO BÁSICO

CREDENCIAMENTO DE ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS) E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E DE REABILITAÇÃO.

1. OBJETO

1.1. O objeto deste Projeto Básico é o Credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) interessados na prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, em regime ambulatorial e hospitalar, de atendimento de emergência/urgência nas 24 (vinte e quatro) horas diárias, de serviço de atenção domiciliar, institutos de longa permanência para idosos, de remoção entre hospitais (ambulâncias tipo suporte simples e suporte avançado), de reabilitação fonoaudiológica, de reabilitação fisioterápica, de nutrição, de psicologia, de terapia ocupacional (desde que não haja recursos técnicos ou materiais dentro das Organizações de Saúde da Aeronáutica) e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) nos termos da lei nº 6.880, de 1980, com respectiva regulamentação, localizados no Vale do Paraíba-SP e Itajubá-MG, e/ou outra localidade, neste caso, conforme conveniência e oportunidade da Administração, devidamente justificados, por determinação de 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, paracomplementar os serviços especializados existentes na rede ambulatorial e hospitalar das Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA), conforme inciso II, do art. 20 do Decreto 92.512, de 02 de abril de 1986, podendo ainda e eventualmente, amparar os beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, conforme Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016. O objeto descrito não se enquadra em atividade de custeio.

ITEM	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO DO CATSER	CATSER	Unidade de Medida	Quant	Valor Unitário
1	Assistência Médica – Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio	12920	SV	01	R\$ 7.500.000,00
TOTAL GERAL					R\$ 7.500.000,00

Fonte: Catálogo de Serviços do SIAG

1.2. Para todos os efeitos, os serviços e as suas características estão neste Termo descritas, devendo estas prevalecer em caso de conflito com a descrição do CATSER.

2. JUSTIFICATIVA DO CREDENCIAMENTO

2.1 O Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá (ES-GW) é uma organização militar de saúde de segundo escalão reforçado com: emergência, internação, centro cirúrgico e laboratório de análises clínicas. O ES-GW possui ainda Seção Odontológica e Ambulatório com as clínicas de: ginecologia e obstetrícia, ortopedia, pediatria, cardiologia, clínica médica, otorrinolaringologia, oftalmologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psiquiatria e psicologia, que assistem atualmente mais de 10.200 usuários (dados do Sistema de Gerenciamento de Pessoal – SIGPES, em junho/2021), na Guarnição de Aeronáutica de Guaratinguetá (GUARNAE-GW), com mais de 9.300 prontuários ativos na Seção de Estatística do Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá (ES-GW), compreendendo 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 ES-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 setembro de 2017, o ES-GW passa a apoiar o setor do Grupo de Acompanhamento e Controle (GAC), instalado nas dependências da empresa HELIBRÁS, na cidade de Itajubá do estado de Minas Gerais (MG), com o credenciamento naquela localidade. Este setor foi unificado passando 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 ES-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 ES-GW não consegue fazer frente ao atendimento da 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, faz-se 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, julgados em cada caso a conveniência e oportunidade conforme o contexto do caso concreto, devidamente justificados, não havendo, dessa forma, terceirização indevida da atividade-fim do ES-GW.

2.6. O art. 20 do Decreto nº 92.512, de 02 de abril 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; 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 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), o qual será exercido 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 Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá (ES-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 a assistência médico-hospitalar e de reabilitação, com atendimentos ambulatoriais, de emergência/urgência em regime de 24 (vinte quatro) horas diárias, de atendimento hospitalar, de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), Institutos de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e transporte especializado (ambulâncias tipo suporte avançado e simples), de reabilitação fonoaudiológica, fisioterápica, de nutrição, de psicologia e de terapia ocupacional, de apoio ao diagnóstico e terapia aos beneficiários do SISAU aos militares da ativa e inatividade, pensionistas e seus respectivos dependentes do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) 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 ES-GW.

2.9. O credenciamento será feito na modalidade de Inexigibilidade de licitação, de acordo com o que preconiza o art. 25, da lei nº 8.666,21 de junho de 1993.

“ É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I- para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, devendo a comprovação de exclusividade ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro

do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes;

II-para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 13 desta Lei, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;

III- para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública.

§1o Considera-se de notória especialização o profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

§2o Na hipótese deste artigo e em qualquer dos casos de dispensa, se comprovado superfaturamento, respondem solidariamente pelo dano causado à Fazenda Pública o fornecedor ou o prestador de serviços e o agente público responsável, sem prejuízo de outras sanções legais cabíveis.”

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

2.9.2. As contratações com todos os credenciados serão regidas pelas mesmas regras, de forma isonômica e sem relação de excludência, 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 credenciados, mais adequados serão à plena satisfação dos serviços desejados, e conseqüentemente a satisfação dos usuários do SISAU.

2.9.4. A escolha do Credenciado caberá ao beneficiário da prestação dos serviços, e dessa forma, ficará assegurada a impessoalidade na definição de demanda. Os contratados podem ser demandados, em quantidades diferentes, pelos beneficiários, excluindo-se a vontade da Administração na determinação da demanda por credenciado.

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, em função do objeto que se almeja, 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 sejam atendidos alguns requisitos. Não há distinção, pois qualquer credenciado assumirá igual obrigação perante a Administração e receberá igual pagamento, conforme serviços prestados, nas mesmas condições dos demais credenciados.

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 Autônomo (PSA), poderão requerer o credenciamento nas modalidades ou especialidades que cumpram os requisitos pertinentes de 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 – Minas Gerais; e/ou outra localidade, neste caso, conforme 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 5.2, alíneas de “a” a “l”, da NSCA 160-5, em vigor em 11 de janeiro de 2021. Normativo disponível no endereço <<https://www.sislaer.fab.mil.br/index.html>>.

3.3.2. Os beneficiários exclusivos da Assistência Médico-Hospitalar (AMH), não contribuintes do Fundo de Saúde da Aeronáutica, previstos no item 6.2, alíneas de “a” a “k”, da NSCA 160-5, de 2021, 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 <<https://www.sislaer.fab.mil.br/index.html>>.

3.3.3. Os beneficiários citados deverão apresentar 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), para fins de atendimento médico-hospitalar, conforme prevê a legislação NSCA 160-5, de 2021, do Comando da Aeronáutica. Normativo disponível no endereço <<https://www.sislaer.fab.mil.br/index.html>>.

3.3.4. Os beneficiários ainda poderão ser identificados pelos seguintes documentos pessoais: se contribuinte titular, último contracheque e carteira de identidade militar e, 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 rede credenciada de pacientes não cadastrados no Sistema Informatizado da Saúde Complementar – SISAUC (beneficiário da assistência do SISAUC ainda não cadastrado, ou assistência por ordem judicial, ou 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 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 Organização de Saúde da Aeronáutica (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 Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), Organização Militar (OM) ou fração de OM, com autorização prévia do ES-GW, através de documento hábil de apresentação do beneficiário (GAB, GEAM ou Ofício Externo de Apresentação), excetuando-se os casos de urgências justificadas.

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 10.1 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 7.3 da NSCA 160-7/2019), de acordo com as tabelas acordadas neste processo.

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

4.6. É de responsabilidade do ES-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 ES-GW providenciará sua transferência, conforme NSCA 160-7 Assistência Complementar no Sistema de Saúde da Aeronáutica e MCA 160-5 Manual de Auditoria para o uso da Rede Complementar do Sistema de Saúde de Aeronáutica.

4.7. 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, o ES-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 ES-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 ES-GW também deverá comunicar imediata e formalmente ao prestador de serviço que se encontra desincumbida 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, 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, desde que a CONTRATADA faça

contato prévio com o Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá, pelo telefone (12) 2131-7495, para solicitar a autorização do atendimento e para se certificar que o beneficiário é vinculado ao SISAU. Nestes casos, a auditoria do ES-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 ES-GW, a emissão de GAB aos prestadores credenciados estará condicionada ao consequente envio de relatório médico para o e-mail: funsa.esgw@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 Organização Militar 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 ES-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 cadastrado, 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 ES-GW ou Oficial delegado.

4.17. Nos casos previstos no item 6.13, 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 ES-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) as despesas, 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 ES-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 ES-GW, após análise técnica e administrativa de sua pertinência. Esse Ofício será utilizado em substituição à GAB e que deverá retornar ao ES-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 ES-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 Projeto Básico, 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, retroativo 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 ES-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 UG, está discriminado na tabela abaixo:

Tipo	12 MESES
PSA	R\$ 150.000,00
OCS	R\$ 7.350.000,00

Fonte: Dados baseado nos últimos anos do SISAUC.

7. CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIAS

7.1. As despesas para atender as contratações decorrentes do credenciamento estão programadas em dotação orçamentária própria, conforme classificação: o custo estimado com o processo de credenciamento, considerando estimativa anual de serviços a serem credenciados, é de R\$ 7.500.000,00 (sete milhões e quinhentos mil reais), a ser suportado pelos recursos destinados à Unidade Gestora Controle - Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá.

Ações Orçamentarias: 2004
Gestão/ UGR:00001/120610 (ES-GW)
Fonte:0170120350
PTRES:168915
Natureza de despesa:339036-00 (Pessoa Física) e 339039-00(Pessoa Jurídica)
Plano Interno:A004650100

8. PRAZO DE VIGÊNCIA

8.1. O Credenciamento vigorará por prazo indeterminado e iniciar-se-á com a publicação do Termo de Adesão ao Credenciamento, no Diário Oficial da União, sem sujeição aos limites da prorrogação do art.57, inciso II, da Lei nº 8.666, de 1993, e Orientação Normativa AGU nº 38/2011.nos termos do Enunciado nº 04 CPLC/DECOR/CGU/AGU.

8.2. O credenciamento será formalizado por intermédio de instrumento contratual, presentes as cláusulas obrigatórias estabelecidas pelo art. 55 da Lei nº 8.666/1993.

8.3. Os contratos poderão ser alterados, com a devida motivação, nos casos previstos no art. 65 da Lei nº 8.666/1993.

8.4. O termo de contrato poderá ultrapassar o limite previsto no art. 65, §1º, da Lei nº 8.666/1993, mediante justificativa expressa da autoridade competente para o ato, observando- se os princípios da economicidade e da eficiência.

8.5. A CREDENCIANTE providenciará a publicação resumida do instrumento de contrato ou de seus aditamentos, na Imprensa Oficial, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, qualquer que seja o seu valor, ainda que sem ônus, ressalvado o disposto no art. 26, da Lei nº 8.666/1993.

9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1 Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 8.666/93, 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 previstas no Capítulo IV do Art. 81 ao 85 da Lei nº 8.666/93.

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 da multa atingir o percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor do serviço prestado, a CREDENCIANTE poderá promover sua rescisão unilateral, hipótese em que o CREDENCIADO também se sujeitará às sanções administrativas previstas no Capítulo IV da Lei nº 8.666/93.

9.4 O CREDENCIADO que, após devidamente notificada e sem motivo justificado, se recusar a assinar o Termo de Credenciamento, incorrerá na penalidade prevista no item II da Subcláusula 1ª, bem como se sujeitará às sanções administrativas previstas no Capítulo IV do Art. 81 ao 85 da Lei nº 8.666/93.

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 8.666, de 1993, 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 Credenciamento e fiscalização do ES-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 o usuário que apresentar a solicitação de procedimento (Modelo anexo II) emitida pelo oficial Médico plantonista da ES-GW.

10.8.1. No caso urgência e/ou emergência comprovada, o CREDENCIADO obrigatoriamente deverá comunicar a CREDENCIANTE através do oficial médico plantonista da ES-GW, (12) 2131-7495. O CREDENCIADO deverá também comunicar o fato pelo e-mail: auditoria.esgw@fab.mil.br, preencher em 2 (duas) vias o Termo de Pronto Atendimento de Urgência ou Emergência (Modelo anexo I), que entregará 01 via ao usuário e/ou responsável e solicitará que o mesmo apresente essa via, original, deste Termo ao Médico de Dia do ES-GW em até 48 horas, para possibilitar a devida comprovação da urgência/emergência. A não comunicação do procedimento por conta do usuário acarretará ao mesmo a responsabilidade do pagamento integral dos gastos oriundos deste atendimento ao CREDENCIADO.

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 a 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. O CREDENCIANTE, observado a aferição do subitem 4.1, deverá autorizar de forma prévia e expressa a subcontratação no caso concreto; e

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, da suspensão de realização de procedimentos acordados; e imediatamente em caso de quebra de equipamento.

10.15. Informar a CREDENCIANTE, previamente e por escrito, a mudança de endereço e telefone do CREDENCIADO, que somente será aceita mediante a apresentação do alvará atualizado e a 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 pelos Conselho Federal de Medicina (CFM) e 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: auditoria.esgw@fab.mil.br, sob pena de não autorização e pagamento:

10.18.1. Os pedidos de realização de exames, medicamentos e materiais de alto custo, OPME e DMI, entendidos estes como os que se situam acima do valor unitário de R\$500,00 (quinhentos reais);

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

10.18.3. Além de, as dietas enterais e parenterais, deverão ser prescritas, especificadas e justificadas por médico nutrólogo, conforme RDC/ANVISA nº 63 de 06 de Julho de 2000.

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

10.20. Não serão pagos os procedimentos de caráter ambulatorial, realizados em 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.

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, afim 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. Almoxxarifados 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 multi profissional 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 multi profissionais devidamente anotadas para auditoria realizada pela CREDENCIANTE.

12.5. A CREDENCIADA poderá sofrer glosas sob os procedimentos, materiais e medicamentos que não forem evidenciados em prontuário por meio de prescrições e evoluções multi profissionais 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 trinta dias, sem que disso resulte qualquer ônus para a CREDENCIANTE ou direito pecuniários 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, na incidência dos motivos citados no art. 78 da Lei nº 8.666/93 e conforme descrito neste projeto.

13.3. Requerer à CREDENCIANTE 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 nos incisos XIV e XVII do Art. 78 da Lei nº 8.666/93 e o direito da CREDENCIADA solicitar, a qualquer tempo, a rescisão do Termo de Credenciamento, desde que seja observado um prazo mínimo de antecedência (60 dias).

14. FATURAMENTO E COBRANÇA

14.1. A CREDENCIANTE obriga-se ao pagamento dos serviços prestados, adotando as tabelas de preços, cujas descrições e valores foram referenciadas nas tabelas anexas no Referencial de Custos.

14.2. A cada período de faturamento, o contratado apresentará as faturas correspondentes para verificação dos procedimentos de auditoria e lisura, nos seguintes termos:

14.2.1. Será acordado com os prestadores a programação para auditoria de contas “*in loco*”.

14.2.2. Finalizada a auditoria *in loco*, a CONTRATADA se obriga a apresentar, até o dia 05 do mês subsequente, a fatura, em nome do ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ, anexando a GAB e todos os comprovantes de despesas, relação de materiais e medicamentos utilizados em sala, fora dela e fora do pacote, relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado, discriminando número de ordem (SARAM) do titular, data, número da GAB, nome do usuário, código da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), código TUSS/TISS, se for o caso, valor em reais e relatório de conferência, os quais serão analisados pela Seção de Auditoria Técnica do ES-GW para aferição de sua regularidade.

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 quinze dias. Nesses casos, devem ser abertas guias de continuidade por prorrogação de período.

14.4. Se algum médico ou outro profissional de saúde de saúde não credenciado ao ES-GW

prestar atendimento em prestador contratado pelo ES-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 Guia de Apresentação de Beneficiários (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 Seção de Fundo de Saúde (SFSA): (12) 2131-7694 ou EMERGÊNCIA (12) 2131-7495 e por e-mail (funsa.esgw@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 Seção de Auditoria Técnica do ES-GW, no prazo máximo de até 45 (quarenta e cinco) dias corridos, contados da data de apresentação no Protocolo Externo da Guarnição de Aeronáutica de Guaratinguetá (GUARNAE-GW), pelo contratado junto ao Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá, 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. Se houver inconformidade, a Seção de Auditoria Técnica justificará as glosas parciais ou totais, discriminará os itens e valores correspondentes através do Demonstrativo de Não Conformidade (DNC).

14.12. 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.

14.13. Serão motivos de glosa por parte da CREDENCIANTE os constantes nas descrições dos itens deste Projeto Básico.

14.14. 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.

14.15. Se o contratado não apresentar recurso, prevalecerão as glosas efetuadas pela Seção de Auditoria Técnica do ES-GW.

14.16. A CREDENCIADA terá o prazo de 30 (trinta) dias para o envio da Nota Fiscal ou o equivalente, por e-mail, srf.esgw@fab.mil.br.

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

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

14.19. 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.

14.20. 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 45 (quarenta e cinco) dias, contados da data do recebimento da Nota Fiscal.

14.21. Para entendimento pleno e de contagem de prazos, liquidação de Nota Fiscal de Serviço é o procedimento administrativo e contábil que precede a emissão de Ordem Bancária para o pagamento devido pelos serviços prestados. Ela ocorrerá após a Seção de Auditoria do Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá homologar os procedimentos e os custos envolvidos, enviar o documento hábil de cobrança para o setor pertinente da Administração da Escola de Especialistas de Aeronáutica (EEAR).

14.22. 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.

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

14.24. Antes de cada pagamento ao contratado, será realizada consulta ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF) ou aos sítios eletrônicos oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas.

14.25. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua advertência, por escrito, para que, no prazo de 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.

14.26. 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.

14.27. 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.

14.28. 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.

14.29. 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.

14.30. 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 maio de 2017, quando couber.

14.31. 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 Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

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

14.33. É vedado ao CREDENCIADO cobrar diretamente do usuário do Fundo de Saúde da Aeronáutica (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 SFSA do ES- GW.

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

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

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

14.37. 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):** lista hierarquizada, padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.673, de 24 de novembro de 2003.

15.1.2. **BRASÍNDICE:** é um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem 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), destinada 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:** Esta taxa diz respeito ao custo do hospital em manter em estoque os medicamentos e materiais 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 e materiais; mobiliário, equipamentos para acondicionamento e conservação, segurança, deterioração de materiais, custo de oportunidade (capital mobilizado), e todos os demais custos

relacionados.

15.2.1. Foi adotado o percentual de 10% sobre o valor de nota fiscal, visto cobrir os custos indiretos relacionados, não exaustivamente, no item 10.2.

15.3. Para medicamentos será considerado o PF do Guia Farmacêutico BRASÍNDICE e, caso não conste neste Guia, o credenciado comprovará 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 consta 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, ao faturamento, as licitações, a análise e a auditoria de contas médico-hospitalares, com deflator de 20%.

15.6. Para Dietas enterais especiais e parenterais serão considerados os valores, para fins de pagamento a CREDENCIADA deverá apresentar a Nota Fiscal do produto e a CREDENCIANTE realizará o pagamento conforme valor unitário em especificado em 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; 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 de 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/patológico:** quarto para atendimento a recém-nascidos 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, independente 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 cobrado 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 recém-nascido acomodados no mesmo aposento, indiferente de onde forem realizados os procedimentos padrões no recém-nascido.

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. Serão autorizados acompanhantes para os pacientes:

- a) menores de 18 anos, conforme Art. 22 da Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016;
- b) maiores de 60 anos de idade, conforme Art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003;
- c) com deficiência, conforme Art. 22 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015;
- d) mulher em trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato, conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005; e
- e) somente a esses acompanhantes, autorizados por legislações, serão pagas refeições.

15.9.1. Por indicação técnica do médico assistente, e endossada pelo Comandante do ES-GW, poderá ser autorizada a presença de acompanhante para o tratamento de determinadas patologias, dependendo das condições do paciente e da gravidade da doença.

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 Intrabdominal (PIA), capnografia, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);

15.10.3. Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de 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 antisepsia (inclui a equipe, paciente e inclui os 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: enterocлизма, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);
- 15.10.12. Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído 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, pro pé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a 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 dos acompanhantes previstos em Lei;
- 15.11.2.2. Aposentos com móveis padronizados (ex.: cama, berço comum);
- 15.11.2.3. Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante (no caso de direito a acompanhante), conforme padrão interno;
- 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 e administração oral.
- 15.11.2.6. Cuidados de enfermagem;
- 15.11.2.7. Paramentação (máscara, gorro, pro pé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;
- 15.11.2.8. Dosador para medicação via oral; 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, creme/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. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), 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 quaisquer 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;

15.11.2.23. Coletor de secreção de qualquer tipo;

15.11.2.24. Bandejas de curativo, infiltração/punção articular;

15.11.2.25. Bandeja de monitorização de pressão invasiva;

15.11.2.26. Bandeja de pequena cirurgia;

15.11.2.27. Bandeja de sondagem vesical;

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

15.11.2.29. Tracionador esquelético;

- 15.11.2.30. Nebulizador/ Inalador (aparelho e kit) e gases para nebulização;
- 15.11.2.31. Incubadora e berço aquecido;
- 15.11.2.32. CPAP Nasal, umidificador neonatal e capacete de HOOD (aparelhos e circuitos);
- 15.11.2.33. Equipamentos para Fototerapia (Convencional/ Bilispot/ bilitron/biliberço/ entre outros);
- 15.11.2.34. Transporte e taxa de utilização de equipamentos em UTI, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro: aparelho de radiografia, eletrocardiógrafos, ultrassonografia, desfibrilador, monitores, endoscópios;
- 15.11.2.35. Necrotério e a sala de necrópsia;
- 15.11.2.36. 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).
- 15.11.2.37. Não será permitida a cobrança de taxas de sala para Serviço Técnico de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT) e tratamentos especializados realizados à beira do leito;
- 15.11.2.38. 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;
- 15.11.2.39. Avaliação e acompanhamento pelo nutricionista; e
- 15.11.2.40. 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.
- 15.11.2.41. A heparinização de cateter implantável é parte integrante do procedimento, quando realizados 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, via oral;
- 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 pagos, conforme respectivas Leis - Teste da Orelhinha conforme Lei 12.303 de 02 de agosto de 2010; Teste do Coraçãozinho conforme Lei 15.302 de 12 de janeiro de 2014, Teste do Olhinho conforme Lei 4.090 de 2015 e Teste do Pezinho conforme Lei Federal 3.914/1983), sessões 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, PEDIÁTRICO e NEONATAL/ISOLAMENTO UTI:

15.12.1. Compreende:

15.12.1. Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;

15.12.2. Respirador/ventilador; e

15.12.3. Monitor de Pressão Arterial Invasiva, de Pressão intracraniana e da Pressão Intra-abdominal.

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 coronariana, neurológica ou outras, devem ter o mesmo tratamento da UTI adulto.

Obs 2: Pacientes internados em UTI Pediátrica e Neonatal, que por lei tem direito a acompanhante, será coberto serviço de governança e hotelaria para 01 (um) acompanhante.

15.13. Diárias de ISOLAMENTO BÁSICAS: QUARTO PRIVATIVO, QUARTO 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) tal 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, PEDIÁTRICO E NEONATAL

15.14.1. Compreende:

15.14.1.1 Todos os itens compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Infantil, Pediátrico e UTI 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) tal 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, Pediátrico, e UTI 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/ 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:

a) AAS 100 mg comprimido;

b) Ácido fólico 5 mg drágeas;

c) Água para injeção ampola de 10ml;

d) Ambroxol 30 mg; 5ml frasco 100ml;

e) Aminofilina 100 mg comprimido;

f) Aminofilina 24 mg/ml ampola 10ml;

g) Amoxicilina 500 mg cápsula;

h) Atropina 0,25 mg ampola 1ml;

i) Aripiprazol 15mg comprimido;

j) Benzilpenicilina. Procaína / potássica 400.000 UI frasco;

k) Benzilpenicilina 1.200.000UI frasco;

l) Benzoato de benzila 25% emulsão tópica;

m) Biperideno 2 mg comprimido;

- n) Biperideno 5 mg/ml ampola 1ml injetável;
- o) Bisacodil 5 mg comprimido;
- p) Brometo de fenoterol gotas;
- q) Brometo de ipratrópio gotas;
- r) Captopril 12,5 mg comprimido;
- s) Captopril 25 mg comprimido;
- t) Carbamazepina 200 mg comprimido;
- u) Carbonato de lítio 300 mg comprimido;
- v) Cedilanide 0,4 mg ampola 2ml;
- w) Cefalexina 500 mg cápsula;
- x) Cefalotina sódica 1 g frasco;
- y) Cetoconazol 200 mg comprimido;
- z) Cetoconazol creme;
- aa) Cinarizina 75 mg comprimido;
- ab) clonazepam 2mg comprimido;
- ac) Clopromazina 100 mg comprimido;
- ad) Cloreto de potássio 19,1% ampola 10ml;
- ae) Cloreto de sódio 0,9% ampola 10ml;
- af) Cloreto de sódio 20% ampola 10ml;
- ag) Clorpromazina 25 mg comprimido;
- ah) Clorpromazina 5 mg/5ml ampola 5ml;
- ai) Clorpropamida 250 mg comprimido;
- aj) Colagenase / cloranfenicol pomada (Kollagenase);
- ak) Complexo B ampola 2ml;
- al) Complexo B comprimido;
- am) Dexametasona 0,1% colírio;
- an) Dexametasona 4 mg comprimido;
- ao) Dexametasona 4 mg/ml ampola 2,5ml;
- ap) Dexametasona creme;
- aq) Dexclorfeniramina 2 mg comprimido;
- ar) Diazepam 10 mg ampola 2ml;
- as) Diazepam 10 mg comprimido;
- at) Diazepam 5 mg comprimido;
- au) Diclofenaco sódico 50 mg comprimido;
- av) Diclofenaco sódico 75 mg ampola 3ml;

- aw) Digoxina 25 mg comprimido;
- ax) Dimeticona 40 mg comprimido;
- ay) Dipirona 500 mg comprimido;
- az) Dipirona 500 mg/ml ampola 2ml;
- ba) Dopamina 50 mg ampola 10ml;
- bb) Efortil 10 mg ampola 1ml;
- bc) Escopolamina 10 mg comprimido;
- bd) Escopolamina 20 mg/ml ampola 01 ml;
- be) Escopolamina/dipirona ampola 5ml;
- bf) Fenitoína 100 mg comprimido;
- bg) Fenitoína 50 mg/ml ampola 5ml;
- bh) Fenobarbital 100 mg comprimido;
- bi) Fenobarbital 100 mg/ml ampola 2ml;
- bj) Fleet enema frasco 500ml;
- bk) Fluoxetina 20 mg cápsula;
- bl) Fluviral comprimido;
- bm) Furosemida 10 mg/ml ampola 2ml;
- bn) Furosemida 40 mg comprimido;
- bo) Glibenclamida 5 mg comprimido;
- bp) Glicose 25% ampola 10ml;
- bq) Glicose 50% ampola 10ml;
- br) Haldol decanoato 50 mg ampola 1ml;
- bs) Haloperidol 1 mg comprimido;
- bt) Haloperidol 5 mg comprimido;
- bu) Haloperidol 5 mg/ml ampola;
- bv) Hidrocortisona 25 mg comprimido;
- bw) Hidroxicortisona 500 mg frasco;
- bx) Hidróxido de alumínio suspensão;
- by) Imipramina 25 mg comprimido;
- bz) Insulina NPH;
- ca) Insulina Regular;
- cb) Iodeto de potássio suspensão;
- cc) Ivermectina 6 mg comprimido;
- cd) Lamotrigina 100mg comprimido;
- ce) Lidocaína 2% geleia;

- cf) Lidocaína 2% sem vasoconstrictor;
- cg) Loção de ácidos graxos (Dersani);
- ch) Loperamida 2 mg comprimido;
- ci) Mebendazol 100 mg comprimido;
- cj) Metformina 500 mg comprimido;
- ck) Metformina 850 mg comprimido;
- cl) Metildopa 250 mg comprimido;
- cm) Metoclopramida 10 mg/2ml;
- cn) Metoclopramida 10 mg comprimido;
- co) Midazolam 15 mg comprimido;
- cp) Midazolam 5 mg/ml ampola 3ml;
- cq) Neomicina/bacitracina pomada (Nebacetim);
- cr) Neozine 25 mg comprimido;
- cs) Neozine 100 mg comprimido;
- ct) Neozine 4% gotas;
- cu) Neuleptil 4% gotas frasco de 20ml;
- cv) Nifedipino 20 mg comprimido;
- cw) Nitrazepam 05 mg comprimido;
- cx) Norfloxacino 400 mg comprimido;
- cy) Olanzapina 5 mg comprimido;
- cz) Olanzapina 10 mg comprimido;
- da) Óleo mineral – solução oral;
- db) Paracetamol 750 mg comprimido;
- dc) Pentoxifilina 400 mg comprimido;
- dd) Pregabalina 75 mg comprimido;
- de) Prometazina 25 mg comprimido;
- df) Prometazina 25 mg/ml ampola 2ml;
- dg) Propranolol 40 mg comprimido;
- dh) Quetiapina 25 mg comprimido
- di) Quetiapina 100 mg comprimido
- dj) Ranitidina 150 mg comprimido;
- dk) Ranitidina 50 mg ampola 2ml;
- dl) Risperidona 1 mg comprimido;
- dm) Risperidona 2 mg comprimido;
- dn) Salbutamol suspensão;

- do) Sinvastatina 20 mg comprimido;
- dp) Sulfato de magnésio 10% ampola 10ml;
- dq) Sulfato ferroso 300 mg drágea;
- dr) Sulpirida 200 mg comprimido;
- ds) Sustrate 10 mg comprimido;
- dt) Tiamina 100 mg/ml ampola 1ml;
- du) Tiamina 300 mg comprimido;
- dv) Timolol 0,5%;
- dw) Tobramicina 3%;
- dx) Valproato de sódio / Ácido valproico (300 mg CR)
- dy) comprimido;
- dz) Vitamina C ampola 5ml;
- ea) 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 preenchido pelo menos um dos critérios a seguir:

15.16.1.1. Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);

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

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

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

15.16.2.4. Assistência de enfermagem;

15.16.2.5. Avaliação do médico assistente;

15.16.2.6. Avaliação do médico assistente;

15.16.2.7. Programa de Família (médico e psicólogo);

15.16.2.8 Alimentação; e

15.16.2.9. Medicações padronizadas para a internação psiquiátrica.

15.16.3. E 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 como 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 checagem 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 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 anestesiologista:

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, e administração de medicações, soluções, hemoderivados, gases, monitorização clínica e manejo de vias aéreas;

15.17.14.3. na Sala de Recuperação Pós-Anestésico: 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 a alta da sala de recuperação pós-anestésico.

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) tal como filtro HEPA, fluxolaminar 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, povidone e glutaraldeído) para assepsia/antisepsia (equipe/paciente);

15.18.1.4. limpeza e soluções para a desinfecção das salas de instrumentais; serviços de enfermagem;

15.18.1.5. antisepsia 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, mono polar 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, pro pés, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI e 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/recém-nascido;
- 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; 16.3.1.71serra Elétrica e de Stryker;
- 15.18.1.70. serviço técnico de apoio (Instrumentador e Circulante);
- 15.18.1.71 serviço de Enfermagem pré, trans e pós-operatório;
- 15.18.1.72. sondagem Gástrica, Nasoenteral, Retal, Vesical de alívio e demora;
- 15.18.1.73. suporte para soro;
- 15.18.1.74. tracionador esquelético;
- 15.18.1.75. trépano elétrico;
- 15.18.1.76. tricotomia e material utilizado;
- 15.18.1.77. umidificador;
- 15.18.1.78. sala de Pré-Parto, Sala de Recuperação Anestésica;
- 15.18.1.79. sala de reanimação de RN;
- 15.18.1.80. todos os atendimentos inerentes ao primeiro atendimento ao RN;
- 15.18.1.81. estão inclusos todos os materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente;
- 15.18.1.82. 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; e
- 15.18.1.83. lixa para limpeza de eletrocautério.

15.18.1.84. Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica.

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 nítrico; 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 inerente ao procedimento;

15.19.1.3. Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas) 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; e

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

15.19.2. Não Compreende:

15.19.2.1. Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico 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, IMUNOBIOLOGICA 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 oral (VO), e também para aplicações de administração via subcutânea (SC), via intramuscular (IM), como granulokine, epex, zoladex, hemax e outros. Nos casos de apenas administração SC e/ou IM, sem a necessidade de ambiente especializado, será pago 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), usados em qualquer procedimento durante a internação;

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

15.21.3.9. Dosador para medicação via oral; 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 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 do paciente e acompanhante;

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. Equipamentos:

15.21.3.19.1. Aspirador elétrico e/ou a vácuo;

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

15.21.3.19.3. Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo, inclui Bomba de Seringa (qualquer tipo ou modelo);

15.21.3.19.4. Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não;

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

15.21.3.19.6. Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.19.7. Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;

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

15.21.3.19.9. Oxímetro, qualquer tipo ou modelo;

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

15.21.3.19.11. Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo;

15.21.3.19.12. Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambu e macronebulizador;

15.21.3.19.13. Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;

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

15.21.3.19.15. Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação.

15.21.3.20. Cuidados de Enfermagem

15.21.3.20.1. Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;

15.21.3.20.2. Aspirações, inalações se refere a instalação e o ato de realizar o procedimento;

15.21.3.20.3. O ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço

hídrico;

15.21.3.20.4. Controle de sinais vitais;

15.21.3.20.5. 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;

15.21.3.20.6. Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidade;

15.21.3.20.7. Preparo de corpo em caso de óbito: incluir todo material utilizado para o preparo;

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

15.21.3.20.9. Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: 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 venoclise e aparelhos;

15.21.3.20.10. Sondagens se refere ao ato de realizar o procedimento;

15.21.3.20.11. Mudança de decúbito;

15.21.3.20.12 Curativo – procedimento da Enfermagem, instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antissepsia como: álcool, povidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina qualquer tipo;

15.21.3.20.13. Tricotomia – inclui Tricotomizador elétrico e a lâmina do Tricotomizador. Inclui aparelho descartável de barbear;

15.21.3.20.14. Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, materiais como: espátula, absorventes, hidratantes, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;

15.21.3.20.15 Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados);

15.21.3.20.16. Equipamento de Proteção Individual – 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 NR 32 (legalidade da 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 e etc.);

15.21.4.4. Honorários médicos, quando ocorrer com a supervisão direta do médico (médico presente no procedimento). Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso 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 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 10.21.3.20.;

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, pro pé, luva de

procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, utilizada 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 por extenso 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 por extenso 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 equipamento de hemodinâmica.

15.24.2. Não Compreende:

15.24.2.1. Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico 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 hidrocoloides,
- 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 e
- m) demais.

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 como médio queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou queimadura de mão e/ou pé.

15.26.4. **Grande Queimado:** Considera-se como grande queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou 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 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 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 corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresente 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 RANDOMICAS e UNIDADE DE PLAQUETAS POR AFERESE)

15.27.1. Compreende, conforme CBHPM: “...*todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e 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. 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 Guia de Apresentação de Beneficiário (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, para pacientes com 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. O paciente terá direito a **vinte e quatro consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Taquifemia (CID F98.6);
- b) Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c) Pacientes portadores de anomalias dento faciais (CID K07);
- d) Pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
- e) Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f) Pacientes com apnéia de sono (CID G47.3);
- g) Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (CID T20);
- h) Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (CID T27);
- i) Pacientes com queimadura de boca e da faringe (CID T28.0);
- j) Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

16.2.4. O paciente terá direito a **quarenta e oito consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F98.5);
- b) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80);
- c) Pacientes com casos de disfagia nos casos em que haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- d) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria, apraxia e dislexia (CID R47.1, R48.2 e R48.0);
- e) Pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38, CID Z96.3, CID D14.1, CID D02.0);
- f) Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- g) Pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

11.2.5. O paciente terá direito a **noventa e seis consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Portadores de Implante Coclear;
- b) Pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;

- c) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo (CID F84);
- d) Pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

16.2.6. Para os casos não enquadrados nos critérios acima: **12 consultas/sessões por ano**, desde que justificadas clinicamente.

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 Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.

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

- a) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;
- b) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;
- c) Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;
- d) Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;
- e) Pacientes ostomizados e estomizados.

16.3.5. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, até 24 sessões seriadas de psicoterapia por ano poderão ser autorizadas, mas somente quando indicadas por Psiquiatra, mediante relatório especializado encaminhado para a auditoria prospectiva, e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, a seguir:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associados a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39).

16.3.6. Nas localidades onde houver Psiquiatra do COMAER, o relatório especializado a que se refere a alínea “e” do item 5.7.3.5 deve ser emitido obrigatoriamente por esse profissional.

16.4. CONSULTA/SESSÃO MULTIDISCIPLINAR COM PSICÓLOGO E TERAPEUTA

OCUPACIONAL

16.4.1. O paciente terá direito a quarenta consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

16.5. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

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

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. O paciente terá direito a doze consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 a F03);
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 a F79);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82 e F83);
- d) Pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e) Pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 a M99).

16.6. CONSULTA/SESSÃO COM FISIOTERAPEUTA

11.6.1. 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, enfermaria (adulto e pediátrico).

11.6.2. 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. A SFSA autorizará remoções de pacientes realizadas dentro do Estado de São Paulo e para o Estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais quando o beneficiário estiver sendo transferido para as Organizações de Saúde da Aeronáutica de quarto Escalão.

17.2. A SFSA somente autorizará as remoções de pacientes quando solicitadas por médico do ES-GW e devidamente justificada por meio de Relatório Analítico, contendo a indicação e justificativa da remoção, e o formulário de remoção (Anexo 7). Depois de autorizado pela Auditoria da SFUNSA, será emitida uma GAB (Anexo 2) ou uma GEAM, (Anexo 3) para 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 referencial de custos.

17.4. Quando, em face à 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 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 os valores 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 as 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 e do quadro clínico, e o destino da transferência.

17.7. Ao acionamento, a CREDENCIADA deverá informar sobre o período mínimo previsto ao atendimento.

17.8. Nas remoções terrestres o usuário, independentemente da idade, poderá ser acompanhado por uma pessoa. 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 a habilitação para condução de veículos nas categorias D ou E.

17.10. De acordo com a Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002, as ambulâncias são classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal 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 interhospitalar 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 transporte até o serviço de destino.

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de 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.”

.....

“As ambulâncias deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

.....

3.2 - 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 e 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 e maletas 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.

.....

3.4 - 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 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína 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 recém-nascido 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 recém natos.”

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 pacote.

18.2. PACOTES APARELHO GASTROINTESTINAL

18.2.1 COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA

18.2.1.1. **Compreende:** 01 diária, taxa sala 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, taxa sala 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, honorário médico, bisturi elétrico, monitor; oxímetro; oxigênio e circuitos, taxa de sala, agulha biópsia, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. 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, honorário médico, bisturi elétrico, monitor, oxímetro; oxigênio e circuitos, taxa de sala, agulha biópsia, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. Sistema completo de videoendoscopia.

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

18.3. PACOTES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS

18.3.1. CURETAGEM

18.3.1.1. **Compreende:** 02 diárias, gases medicinais, taxa de sala cirúrgica, medicamentos e materiais inerentes ao procedimento e durante a internação.

18.3.2. PARTO CESÁREA

18.3.2.1. **Compreende:** 2 diárias, refeição de acompanhante, taxa de sala

cirúrgica qualquer porte, medicações e materiais inerentes ao procedimento e internação.

18.3.3. PARTO VAGINAL

18.3.3.1. **Compreende:** 02 diárias, refeição de acompanhante, taxa de sala cirúrgica qualquer porte, medicações e materiais inerentes ao procedimento e internação.

18.3.4. PARTO GEMELAR

18.3.4.1. Será pago 30% de acréscimo ao pacote do parto correspondente para cada recém-nascido a partir do segundo.

18.4. PACOTES DE PROCEDIMENTOS

18.4.1. GLICEMIA CAPILAR POR GLUCOMETER

18.4.1.1. Será remunerado por uso, desde que prescrito e confirmada a realização.

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

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

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 permanência internado, 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 e a alta do beneficiário neste regime de atendimento serão por meio de avaliação técnica profissional e por tipo de patologia. Obedecerá, ainda, a critérios de elegibilidade: epidemiológicos, sociais, administrativos e de custo/ benefícios compensatórios.

19.3. Esse tipo de assistência na rede complementar do SISAU sempre dependerá de autorização prévia do ES-GW.

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 10.21.3.20.

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 e da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar por Oficial Médico ou Enfermeiro do efetivo do ES-GW, que visitará o beneficiário e analisará os critérios de elegibilidade.

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 6 horas de enfermagem;
- c) Internação Domiciliar com até 12 horas de enfermagem; e
- d) 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 ES-GW.

19.6.7. O encaminhamento ao serviço credenciado será feito por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB) (Anexo 2) , emitida pelo ES-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 30 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 esse 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 feito pelo ES-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

19.6.11. O prestador do serviço de internação domiciliar deverá encaminhar ao ES-GW (funsa.esgw@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 ES-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. A internação domiciliar cessará nos seguintes casos:

- a) Mudança de domicílio para um ambiente inapropriado;
- b) Não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto;
- c) Alta da internação domiciliar.

19.6.15. Equipe multiprofissional é composta por Auxiliar/Técnico de enfermagem (6 horas, 12 horas ou 24 horas), médico, enfermeiro, fisioterapia, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.

19.6.16. 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.

19.6.17. 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.

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

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

19.6.20. 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.

19.6.21. Sendo a internação domiciliar um serviço compartilhado, são de

responsabilidade da família a aquisição e/ou locação de: medicação profilática e de uso contínuo (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, etc.), pomadas preventivas e hidratantes, produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis.

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 riscos 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 ES-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 Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), emitida pelo ES-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 30 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 a análise e autorização prévia do ES-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 ES-GW (funsa.esgw@fab.mil.br), relatórios dos atendimentos e progressos alcançados.

19.7.8. É vedada a implementação de atendimentos seriados sem a autorização prévia do ES-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 e /ou suplementos nutricionais.

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 ES-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, e medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo), necessários ao atendimento ao paciente.

19.7.14. Devem ser autorizadas visitas do domicílio e do paciente por auditores do ES- 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 oxigenioterapia 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 oxigenio 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) Oxímetro de pulso;
- l) Suporte de soro;
- m) 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);

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 – 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 hospital – domicílio;

19.8.2.15. Técnico de enfermagem – 12 horas por dia;

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

19.8.2.17. Visita da enfermeira – 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 – 02 vezes por semana;

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

19.8.2.21. Visita médica – 02 vezes ao mês;

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

19.8.2.23. Visita do nutricionista – 01 vez ao mês;

19.8.3. 6 horas inclui:

19.8.3.1. Apoio do serviço social – integral;

19.8.3.2. Avaliação e validação da residência;

19.8.3.3. Avaliação inicial do paciente no hospital ou residência;

19.8.3.4. Call Center – 24 horas por dia;

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

19.8.3.6. Curativos quantos forem necessários;

19.8.3.7. Equipamento de proteção individual;

19.8.3.8. Kit sinais vitais;

19.8.3.9. Orientação aos familiares;

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

19.8.3.11. Equipamentos – conforme necessidade:

- a) AMBU;
- b) Aspirador de secreções;
- c) Bomba de infusão;
- d) Cadeira de rodas e higiênica de qualquer modelo ou tamanho;
- e) Cama hospitalar ou elétrica de qualquer modelo ou 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) Oxímetro de pulso;
- l) Suporte de soro; e
- m) CPAP/ BIPAP e materiais necessários para o funcionamento.

19.8.3.12. Relatórios técnicos multiprofissionais – 01 vez ao mês;

19.8.3.13. Remoção inicial (hospital – domicílio);

19.8.3.14. Sessão de fisioterapia motora e respiratória – até 02 vezes ao mês;

19.8.3.15. Técnico de enfermagem – 06 horas por dia;

19.8.3.16. Visita de enfermeira – até 02 vezes ao mês;

19.8.3.17. Sessão de fonoaudiologia – 01 vez por semana;

19.8.3.18. Visita do nutricionista – 01 vez ao mês;

19.8.3.19. Visita do psicólogo – 01 vez ao mês;

19.8.3.20. Visita médica – 01 vez ao mês;

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

19.8.3.22. Sessão de terapia ocupacional – 01 vez por semana;

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 domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade e dignidade e cidadania. (Resolução de Diretoria Colegiada- RDC n 283, de 26 de setembro de 2005, da ANVISA).

20.2. As instituições só serão credenciadas se atenderem as condições gerais, processos operacionais para funcionamento, que estão amplamente definidas, respectivamente no item 4 e 5 da RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da ANVISA, amparo legal.

20.3. Segundo a Lei nº 10.741, [de 1º de outubro de 2003](#) que instituiu o Estatuto do Idoso, art. 37. “O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

“§ 1º 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 (formulário anexo K), e Ordem Técnica nº 03/DIRSA/2017, de 11 de abril de 2017.

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 ES-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 Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB), emitida pelo ES-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 30 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. Relatórios técnicos mensais (multiprofissionais).

20.10. Os beneficiários assistidos em ILPI, serão visitados por equipe médica do ES-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, assistência domiciliar ou internação domiciliar;

b) não adesão à Instituição, pelo paciente; e,

c) óbito.

20.12. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feito pelo ES-GW ou 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 ES- GW, funsa.esgw@fab.mil.br.

20.14. São de responsabilidade da família/responsável legal/tutor, a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene, aquisição e/ou locação de: medicação profilática e de uso contínuo (anti-hipertensivos, 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 ES-GW: para Fonoaudiologia e Fisioterapia;
- b) Supervisão de Enfermagem 24 h;
- c) Equipamento de Proteção Individual – 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 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 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 dias;
- b) Psiquiatria HOSPITALAR – período de internação limitado a 60 (sessenta) dias.
- c) Não será pago honorário médico, para dispensação de medicação oral.

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, retornar 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 sejam necessários 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. Se houve 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 dieta líquida com objetivo de repor nutrientes que o organismo precisa, mas o paciente está incapacitado ou com dificuldades para ingerir alimentos, sendo administrada por sonda enteral.

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

23.3. Para a utilização deste item, deverá obrigatoriamente ser realizada solicitação de autorização prévia da auditoria da SFSA, por meio do e-mail: funsa.esgw@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 feito pelo ES-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

23.5. EQUIPOS para infusão de DIETAS ENTERAIS, o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas de uso.

24. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

24.1. 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, ao faturamento, as licitações, a análise e a auditoria de contas médico-hospitalares.

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

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 de 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 criança, estará sujeito a glosa 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 para sua troca ou a cada punção de acesso. 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, 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). (Conforme Anexo 8).

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.esgw@fab.mil.br, no prazo de 10 (dez) dias úteis de antecedência à utilização para procedimento eletivo, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise, com as informações conforme formulário de solicitação de autorização para OPME, (Anexo 8).

25.6. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência/ emergência, 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 SFUNSA, pelo e-mail: funsa.esgw@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\$ 500,00 (quinhentos 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 ES-GW por escrito, através do e-mail funsa.esgw@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 utilização de OPME, é necessária a realização de radiografia ou outro exame que comprove a sua utilização, após o procedimento cirúrgico, estando assim sujeito a glosas.

26. MATERIAIS REPROCESSADOS

26.1. Para 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:

26.3. Se o material constar da lista publicada pela RE/ANVISA 2605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

26.4. 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.

26.5. O valor a ser pago, e desde que comprovada a sua utilização em boletim de sala dos atos cirúrgicos e procedimentos de SADT, e será remurada 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 projeto básico, não podendo ser cobrados separadamente:

- a) Absorvente higiênico;
- b) Adesivo para fixação;
- c) Água oxigenada;
- d) Algodão;
- e) Aquecedor e manta térmica;
- f) Bacia plástica;
- g) “Band-aid” ou curativos similares;
- h) Bandeja para raquianestesia;
- i) Blood stop e equivalentes;
- j) Blusas descartáveis;
- k) Bolsa de água quente;
- l) “Bom ar” ou produtos similares;
- m) Bomba para ordenha;
- n) Borracha de silicone;
- o) Cabo bipolar;
- p) Cadeira de apoio para banho;
- q) Calçados ortopédicos;
- r) Campo cirúrgico (operatório) ;
- s) Caneta para bisturi descartável;
- t) Cânula de Guedel;
- u) Capa de vídeo;
- v) Capa para microscópio;
- w) Cinta lombar;
- x) Colete lombar;
- y) Compressa cirúrgica;
- z) Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- aa) Copo descartável;
- ab) Cotonete e cotonóide – pago apenas para oftalmologia;
- ac) Creme dental;
- ad) Chuca/chupeta;
- ae) Degermantes e soluções para assepsia ou limpeza de superfícies;

- af) Despesa de frigobar;
- ag) Dispositivo anti-trombolítico;
- ah) Eletrodos (exames e monitorização)
- ai) Escova de degermação;
- aj) Escova de dente;
- ak) Espéculo descartável;
- al) Esponja para banho;
- am) Estabilizador de tornozelo;
- an) Éter benzina e tintura de iodo;
- ao) Extensor para aspirador (qualquer tipo);
- ap) Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
- aq) Faixa elástica pós-operatória;
- ar) Filme endoscópio;
- as) Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas;
- at) Fitas de vídeo e CD, DVD;
- au) Fixador de sonda;
- av) Fixador de tubo traqueal;
- aw) Fixador externo (ortopedia);
- ax) Formol;
- ay) Fralda descartável;
- az) Frascos para exame;
- ba) Gaze radiopaca;
- bb) Gaze não estéril;
- bc) Gel para biométrica;
- bd) Gerador de tecnécio;
- be) Gesso sintético;
- bf) Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
- bg) Imobilizador;
- bh) Instrumento para tricotomia e barbear;
- bi) Lençol descartável;
- bj) Lenço umedecido;
- bk) Luva para aparelho de laparoscopia;
- bl) Loções hidratantes;
- bm) Manta de qualquer material, tipo ou finalidade;
- bn) Manteiga de cacau;

- bo) Máscara laríngea;
- bp) Material de banho do RN;
- bq) Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica;
- br) Mercúrio de prata;
- bs) Micro por espaçador;
- bt) Muletas;
- bu) Pasta gel;
- bv) Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
- bw) Papel higiênico;
- bx) Pijama descartável;
- by) Pulseira de identificação;
- bz) Protetor labial e auricular;
- ca) Redutor trocáter;
- cb) Sabonete;
- cc) Sandálias para gesso e/ou palmilha para calcâneo;
- cd) Sensor infantil neonatal;
- ce) Sensor para oxímetro;
- cf) Talco;
- cg) Tampa cone Luer;
- ch) Tampa oclusora macho e fêmea (Combi-red / tampa para soro);
- ci) Tapoin;
- cj) Termômetros;
- ck) Tipóias;
- cl) Toalha descartável e demais produtos com finalidade higiênica e cosmética.

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.

28.3. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia.

28.4. Exames complementares de alto custo, que não forem justificados de urgência, necessitarão ter autorização prévia da SFSA do ES-GW.

28.5. Será pago o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução legível com assinatura e número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do respectivo médico assistente.

- 28.6. Não será pago taxa de coleta de exames, e materiais utilizados para a coleta pelo hospital ou terceiros.
- 28.7. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
- 28.8. O uso de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização e tempo utilizado.
- 28.9. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o resultado devidamente assinados e carimbados para fins de auditoria “*in loco*”.
- 28.10. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior a duas tentativas por profissional, conforme as Novas Recomendações da ANVISA que Garantem Segurança na Assistência, anexando as embalagens.
- 28.11. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados.
- 28.12. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem, conforme descrição neste Projeto Básico.
- 28.13. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
- 28.14. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
- 28.15. Os dispositivos tipo torneira de 3 vias serão pagos somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico, não serão cobertas quando estiverem cobrando junto com equipamento com injetor lateral.
- 28.16. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
- 28.17. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá apresentar justificativa.
- 28.18. A troca de cateter de *Swan-Ganz* será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto anexada no prontuário do paciente.
- 28.19. Nas internações hospitalares só o colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro a cada 7 dias.
- 28.20. Taxa de nebulização será remunerada conforme referencial de custos em todos os setores hospitalares.
- 28.21. Taxa de curativo será remunerada somente em atendimento ambulatorial e que inclui material e medicamentos utilizados. Quando o paciente estiver internado (Enfermaria, Quarto e UTI), remunera apenas a medicação e materiais utilizados e coberturas especiais.
- 28.22. ÁGUA DESTILADA, será paga: para dispositivos respiratórios, até 01 (um) frasco de 500(quinhentos) ml/ dia.
- 28.23. Todos os materiais com dispositivos de segurança/proteção serão remunerados em 50% do valor do item.
- 28.24. 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

LAILA WERNECK **PFALTZGRAFF** FREIXINHO Cap Med
Presidente da Equipe de Coordenação do Credenciamento

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 Projeto Básico, de acordo com o Inciso 14 do Decreto nº 10.024/19.

Assinado Digitalmente

SÉRGIO ANTONIO HOLANDA E SILVA Ten Cel Dent
Ordenador de Despesas do ES-GW por delegação.

Anexo 1 – SOLICITAÇÃO DE GAB



**COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA
ESQUADRÃO 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:
NOME DO TITULAR:		
POSTO/GRADUAÇÃO:	() ATIVA	(X) INATIVA
EXAME SOLICITADOS:		
H. DIAGNÓSTICA (CID):		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS QUE CORROBORAM A SOLICITAÇÃO:		
JÁ REALIZOU ESTE EXAME ANTES? () SIM () NÃO QUANDO?		
JUSTIFICATIVA DA NOVA REALIZAÇÃO:		
() URGÊNCIA () INTERNAÇÃO		
_____		_____/_____/_____
MÉDICO SOLICITANTE		DATA
DIVISÃO/SEÇÃO MÉDICA		
() AUTORIZADO GAB () AUTORIZADO ARE () 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 12.8, 12.9 e 12.9.1 da ICA 160-23/2011, caso haja disponibilidade de transferência para uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), não aceita pelo paciente e/ou responsável, este responderá pelos pagamentos, que serão realizados diretamente a entidade atendente.

_____ - SP _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

12.8 – A OSA, ao encaminhar um paciente para um serviço de urgência credenciado/contratado ou for informada da internação de um beneficiário do FUNSA em um serviço de urgência credenciado/contratado ou não, deverá, obrigatória e imediatamente, designar seu Supervisor Técnico do FUNSA ou um Oficial Médico para comparecer à entidade de saúde onde estiver internado o paciente para avaliar a sua situação de saúde e a possibilidade de transferência para uma OSA ou serviço de urgência credenciado/contratado, assim que as condições de saúde do paciente permitirem e se for o caso.

12.9 – No caso de recusa do responsável pelo paciente de transferi-lo para uma OSA ou serviço de urgência credenciado/contratado, deverá ser comunicado o fato à EEAR e alertado ao responsável que a partir daquela data a EEAR não mais se responsabilizará pelas despesas com o tratamento, do qual será caracterizado como livre escolha pelo responsável.

12.9.1 - Nestes casos, o responsável pelo paciente deverá assinar um Termo de Responsabilidade, elaborado pela OSA ou OM do COMAER, após receber as devidas orientações e tendo ciência de que está optando pelo seu direito de livre escolha, o qual será encaminhado pela OSA à EEAR.

Anexo 2 – GAB

Comando da Aeronáutica Comando Geral de Pessoal Diretoria de Saúde ES-GW	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB	Número: GAB2021/ES-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:		SARAM:
Grau de dependencia:	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 30 dias a contar da data de emissão

Anexo 3 – GEAM

COMANDO DA AERONÁUTICA COMANDO GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE ES - GW	GEAM N° _____ Data de Emissão ____/____/____
---	---

Ao: _____
(Nome do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CPF: _____

End: _____ Tel: _____

Encaminhamento 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, pelo paciente e/ou militar responsável.

Comandante da ES-GW

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, e que serão pagas diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Beneficiário/Militar responsável

Guaratinguetá, ____/____/____

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 a ES-GE 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 a ES-GW através deste formulário em um prazo de 48 (quarenta e oito) horas da data de entrada, 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 ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ SEÇÃO DE FUNDO DE SAÚDE - SFUNSA

Termo de Ciência – Direito de Livre Escolha

1. O presente Termo é lavrado aos _____ dias do mês 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 do Sistema de Saúde da Aeronáutica, foi devidamente providenciada a transferência do(a) paciente, da supracitada instituição de saúde privada para o _____, que ocorrerá na data de ____/____/____.

4. Caso o(a) Sr(a) 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 Esquadrão de Saúde de Guaratinguetá encontra-se desincumbido da responsabilidade de arcar com as despesas que decorrem a partir da data em que decorrerem a partir da data em 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 aposição 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 ao (à) Sr(a).

Militar da OC responsável pela comunicação
(assinatura e carimbo)

Responsável/Beneficiário Titular
SARAM _____

Testemunha 1

Testemunha 2

Anexo 6 – NEAD

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ____ / ____ / ____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

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 rede credenciada?					
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			ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
	24 HORAS	12 HORAS			
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	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 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			
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO		
					PONTUAÇÃO FINAL:
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicções 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



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 URINOL OU 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 (URINAR 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.

Anexo 7 – FORMULÁRIO DE REMOÇÃO

**COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO
ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ**

RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO OU TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

HOSPITAL DE ORIGEM: _____	HOSPITAL DE DESTINO: _____
AMBULÂNCIA UTI: SIM ou NÃO: _____	

I – IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

IDADE: _____ POSTO/GRADUAÇÃO/FUNÇÃO _____

IDENTIDADE: _____ OM: _____

MILITAR RESPONSÁVEL: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ Nº SARAM _____ Nº PRONTUÁRIO _____

II – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE: SIM ou NÃO? _____

III – HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

IV – EXAME FÍSICO/PSÍQUICO:

V – EXAME COMPLEMENTARES:

VI – OBSERVAÇÃO

DATA

Assinatura do Médico Assistente

DATA

Assinatura do Chefe da SME - ESGW

Anexo 8 - 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:	



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	PROJETO BÁSICO VERSÃO 5
Data/Hora de Criação:	20/07/2022 15:15:03
Páginas do Documento:	81
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	82
Hash MD5:	9c3d99078a249f89bce48afc3e0b290a
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap LAILA WERNECK PFALTZGRAFF FREIXINHO no dia 20/07/2022 às 12:15:27 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Ten Cel SERGIO ANTONIO HOLANDA E SILVA no dia 21/07/2022 às 15:10:55 no horário oficial de Brasília.