

Credenciamento

228/2025

CONTRATANTE (UASG)

925134

OBJETO

Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos e terapêuticos domiciliares aos beneficiários do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central – PASBC

VALOR TOTAL DA CONTRATAÇÃO

Tabela de Procedimentos Domiciliares do BC Saúde – Anexo 2

PRAZO DE VIGÊNCIA DO EDITAL

Indeterminado



Baixe o APP Compras.gov.br
e apresente sua proposta!

Sumário

1. DO OBJETO	3
2. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO	3
3. DA MANIFESTAÇÃO DA INTENÇÃO DE SE CREDENCIAR.	4
4. DA HABILITAÇÃO	5
5. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO, DIVULGAÇÃO DO RESULTADO E HOMOLOGAÇÃO.....	9
6. DOS RECURSOS	9
7. DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS E SANÇÕES.....	10
8. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO	11
9. DA DIVULGAÇÃO DA LISTA DE CREDENCIADOS	12
10. DA CONTRATAÇÃO	12
11. DA ANULAÇÃO, DA REVOGAÇÃO E DO DESCREDENCIAMENTO	12
12. DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO EDITAL.....	13
13. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO E PREÇO.....	13
14. ALTERAÇÃO OU ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS	13
15. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	13

BANCO CENTRAL DO BRASIL

CREDENCIAMENTO Nº 228/2025

(Processo Administrativo nº 282626)

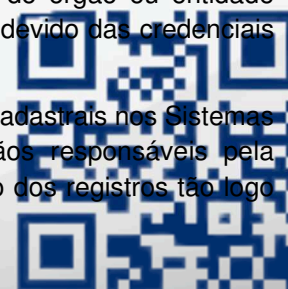
Torna-se público que o Banco Central do Brasil, por meio da Gerência Administrativa de Porto Alegre, sediada na Rua 7 de setembro, 586, realizará CREDENCIAMENTO, na forma ELETRÔNICA, nos termos da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, do Decreto nº 11.878, de 9 de janeiro de 2024, e demais legislação aplicável e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

1. DO OBJETO

- 1.1. O objeto do presente procedimento é o credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos e terapêuticos domiciliares aos beneficiários do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central – PASBC, observados os padrões estabelecidos pelos órgãos de classe e instituições de fiscalização profissional em geral, conforme condições e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos, nas áreas geográficas compatíveis com as localidades onde há representação do Banco Central, sendo elas: Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP.
- 1.2. O presente credenciamento se enquadra na hipótese do art. 3º, incisos I e II, do Decreto nº 11.878, de 9 de janeiro de 2024, sendo que os beneficiários possuem a faculdade de selecionarem o credenciado do PASBC que prestará os serviços, não existindo direito a qualquer espécie de exclusividade, distribuição da demanda ou critério para ordem de contratação.
- 1.3. O credenciamento não obriga a administração pública a contratar.

2. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

- 2.1. Poderão participar deste credenciamento os interessados que estiverem previamente cadastrados no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (Sicaf), ferramenta informatizada integrante do Sistema de Compras do Governo Federal - Compras.gov.br.
- 2.2. O cadastro do interessado no Sicaf pode ser providenciado gratuitamente, conforme instruções constantes do endereço eletrônico <https://www.gov.br/compras/pt-br/sistemas/conheca-o-compras/sicaf-digital/sicaf-digital>.
- 2.3. O interessado responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiros os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluindo a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora do credenciamento por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.
- 2.4. É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais nos Sistemas relacionados no item anterior e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.



Baixe o APP Compras.gov.br
e apresente sua proposta!

- 2.5. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.
- 2.6. Não poderão participar do credenciamento:
- 2.6.1. aquele que não atenda às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);
 - 2.6.2. pessoa física ou jurídica que esteja impedida de licitar ou contratar com a administração pública federal em decorrência de sanção que lhe foi imposta;
 - 2.6.3. aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;
 - 2.6.4. pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;
 - 2.6.5. não poderá participar, direta ou indiretamente, do credenciamento ou da execução do contrato agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme [§ 1º do art. 9º da Lei nº 14.133, de 2021](#).
- 2.7. O impedimento de que trata o item 2.5.2 será também aplicado ao interessado que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do interessado.
- 2.8. A vedação de que trata o item 2.6.5 estende-se a terceiro que auxilie a condução da contratação na qualidade de integrante de equipe de apoio, profissional especializado ou funcionário ou representante de empresa que preste assessoria técnica.

3. DA MANIFESTAÇÃO DA INTENÇÃO DE SE CREDENCIAR.

- 3.1. Os interessados deverão estar previamente cadastrados no Sicaf e encaminharão, exclusivamente ao endereço eletrônico bcsaude.credenciamento@bcb.gov.br, o requerimento de participação, o qual deverá estar preenchido de forma clara, sem emendas e rasuras e, ainda, datado e assinado pela PROPONENTE ou seu representante legal, conforme modelo constante do Anexo 3, com a indicação de sua intenção de se credenciar para a prestação dos serviços descritos no objeto, juntamente com documentos e anexos listados neste Edital.
- 3.1.1. os Credenciados deverão listar em seu requerimento as especialidades e os serviços que oferecerão aos beneficiários, conforme códigos e descrições da Tabela de Procedimentos Domiciliares do BC Saúde (Anexo 2).
- 3.2. Todas as especificações do objeto vinculam o interessado.
- 3.3. No valor da contratação estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.
- 3.4. A apresentação do requerimento de participação com a indicação da intenção de se credenciar implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições contidas neste Edital e seus anexos, assumindo o credenciado o compromisso de executar o objeto nos seus termos, bem como de

fornecer os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, em quantidades e qualidades adequadas à perfeita execução contratual, promovendo, quando requerido, sua substituição.

- 3.5. No requerimento de participação com a indicação de sua intenção de se credenciar, o interessado apresentará também declaração que:
 - 3.5.1. está ciente e concorda com as condições contidas no Edital e seus anexos, bem como de que o valor da contraprestação compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;
 - 3.5.2. não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do [artigo 7º, XXXIII, da Constituição](#);
 - 3.5.3. não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos [incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal](#);
 - 3.5.4. cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- 3.6. O descumprimento das regras supramencionadas pela Administração ou por parte dos contratados pode ensejar a responsabilização pelo Tribunal de Contas da União e, após o devido processo legal, gerar as seguintes consequências: assinatura de prazo para a adoção das medidas necessárias ao exato cumprimento da lei, nos termos do [art. 71, inciso IX, da Constituição](#); ou condenação dos agentes públicos responsáveis e da empresa contratada ao pagamento dos prejuízos ao erário, caso verificada a ocorrência de superfaturamento por sobrepreço na execução do contrato.
- 3.7. O interessado organizado em cooperativa deverá declarar, ainda, que cumpre os requisitos estabelecidos no [artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021](#).
- 3.8. A falsidade da declaração de que trata o item 3.5 sujeitará o interessado às sanções previstas na [Lei nº 14.133, de 2021](#), e neste Edital.
- 3.9. Quando for o caso, o interessado deverá comunicar imediatamente ao Banco Central do Brasil e ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a segurança, para imediato bloqueio de acesso.

4. DA HABILITAÇÃO

- 4.1. Os documentos previstos neste Edital, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do interessado de realizar o objeto do credenciamento, serão exigidos para fins de habilitação, nos termos dos [arts. 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021](#).
 - 4.1.1. A documentação exigida para fins de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista e econômico-financeira, poderá ser substituída pelo registro cadastral no Sicafe.
- 4.2. Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser apresentados em original ou por cópia.
- 4.3. Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser substituídos por registro cadastral emitido por órgão ou entidade pública, desde que o registro tenha sido feito em obediência ao disposto na Lei nº 14.133/2021.

- 4.4. Será verificado se o interessado apresentou, sob pena de inabilitação, a declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, em sendo o caso.
- 4.5. O interessado deverá apresentar, sob pena de desclassificação, declaração de que o valor da contratação compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data da apresentação do requerimento de participação.
- 4.6. A habilitação será verificada por meio do Sicaf, em relação aos documentos por ele abrangidos.
 - 4.6.1. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir.
- 4.7. É de responsabilidade do interessado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no Sicaf e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.
 - 4.7.1. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.
- 4.8. A verificação pela comissão de contratação, em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.
 - 4.8.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados ao endereço eletrônico bcsaude.credenciamento@bcb.gov.br até a conclusão da fase de habilitação.
- 4.9. Após a entrega dos documentos para habilitação, não será permitida a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para:
 - 4.9.1. complementação de informações acerca dos documentos já apresentados pelo interessado; e
 - 4.9.2. atualização de documentos cuja validade tenha expirado.
- 4.10. Na análise dos documentos de habilitação, a comissão de contratação poderá sanar erros ou falhas que não alterarem sua substância ou validade jurídica.
- 4.11. A comprovação de regularidade fiscal e trabalhista das microempresas e das empresas de pequeno porte somente será exigida para efeito de contratação, e não como condição para participação no credenciamento.
- 4.12. **HABILITAÇÃO JURÍDICA (SUBSTITUÍDA PELO SICAF)**
 - 4.12.1. A habilitação jurídica deverá ser realizada mediante apresentação da seguinte documentação comprobatória:
 - 4.12.2. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal - SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;
 - 4.12.3. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

- 4.12.4. Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;
- 4.12.5. Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
- 4.12.6. Consórcio de empresas: contrato de consórcio devidamente arquivado no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis (art. 279 da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976) ou compromisso público ou particular de constituição, subscrito pelos consorciados, com a indicação da empresa líder, responsável por sua representação perante a Administração (art. 15, caput, I e II, da Lei nº 14.133, de 2021).
- 4.12.7. Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

4.13. HABILITAÇÃO FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA (SUBSTITUÍDA PELO SICAF)

- 4.13.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- 4.13.2. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional;
- 4.13.3. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- 4.13.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
- 4.13.5. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes Municipal e/ou Estadual ou do Distrito Federal relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto deste Edital.
- 4.13.6. Prova de regularidade com a Fazenda estadual e/ou municipal do domicílio ou sede do interessado, relativa à atividade objeto deste Edital.
- 4.13.7. Caso o interessado seja considerado isento dos tributos relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.
- 4.13.8. O interessado enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal.

4.14. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

- 4.14.1. Para prestadores interessados no credenciamento dos pacotes de internação domiciliar: atestado(s) de capacidade técnica, fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que certifique(m) que a proponente presta ou já prestou serviços análogos, por pelo menos 12 (doze) meses, para um mínimo de:

Cidade de Credenciamento	Quantidade de Beneficiários
Belém-PA	1
Belo Horizonte-MG	3
Brasília-DF	19
Curitiba-PR	1
Fortaleza-CE	1
Porto Alegre-RS	1
Recife-PE	2
Rio de Janeiro-RJ	9
Salvador-BA	1
São Paulo-SP	5

- 4.14.2. Número do CNES (Certidão Nacional de Estabelecimentos de Saúde) ou comprovação de inexigibilidade;
- 4.14.3. Licença da Vigilância Sanitária ou comprovação de inexigibilidade;
- 4.14.4. Alvará de funcionamento ou similar ou comprovação de inexigibilidade;
- 4.14.5. Registro ou inscrição da pessoa jurídica no conselho regional de classe, pertinente ao ramal da atividade;
- 4.14.6. Termo de Responsabilidade Técnica emitido pelo conselho regional de classe respectivo.
- 4.14.7. Os documentos de Qualificação Técnica da Empresa elencados nos itens 4.14.2 a 4.14.6 poderão ser substituídos provisoriamente por protocolo de solicitação de atualização junto ao Órgão competente acompanhado do último documento que esteja fora da validade.
- 4.14.8. A apresentação dos documentos atualizados, quando emitidos, é de responsabilidade do prestador, podendo ocorrer o descredenciamento em caso de não apresentação no prazo concedido pelo BCB.
- 4.14.9. **Do responsável técnico:**
- 4.14.9.1. Currículo;
- 4.14.9.2. Registro no conselho de classe regional;
- 4.14.9.3. Comprovante de especialização ou residência médica, se couber;
- 4.14.9.4. Número de CPF e identidade.
- 4.14.10. **Dos profissionais do corpo clínico** (Cópias, dispensada autenticação):
- 4.14.10.1. Carteira do respectivo Conselho regional, CPF e identidade;
- 4.14.10.2. Comprovante de Registro de Especialização no Conselho da respectiva categoria profissional, quando couber.
- 4.14.11. **Do representante legal, se pessoa diferente do responsável técnico** (Cópias, dispensada autenticação):
- 4.14.11.1. Identidade, CPF e documento legal que o indique como tal.
- 4.14.12. Em casos de credenciamento de cooperativas, associações ou consórcios, as entidades deverão garantir a qualificação técnica, de acordo com o estabelecido nesta seção, de todos os membros que prestem serviços a beneficiários do PASBC no âmbito deste credenciamento.

- 4.14.13. O Banco Central poderá, a qualquer tempo, solicitar a documentação de qualificação técnica de membros dessas entidades que atendam beneficiários do PASBC no âmbito deste credenciamento.

5. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO, DIVULGAÇÃO DO RESULTADO E HOMOLOGAÇÃO

- 5.1. A análise dos documentos apresentados interessado ocorrerá em até 30 (trinta) dias úteis da apresentação do requerimento, podendo ser prorrogado por igual período mediante justificativa constante do processo.
- 5.2. Estará apta ao credenciamento a empresa que cumprir todas as exigências deste Edital
- 5.3. Após a habilitação, o Banco Central condiciona o credenciamento à realização de avaliação prévia das condições de atendimento e capacidade técnica operativa, mediante parecer emitido por profissional indicado pelo BC SAÚDE.
- 5.3.1. Nos casos de prestadores de serviço atualmente credenciados junto ao BC Saúde ou já credenciados em pelo menos 2 (duas) operadoras de autogestão vinculadas à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – Unidas as visitas e as avaliações de instalação e de estrutura poderão ser dispensadas durante o processo de habilitação.
- 5.4. O credenciamento será homologado, mediante assinatura dos termos de credenciamento nos modelos padronizados, segundo a natureza da atividade profissional ou institucional, na forma do Modelo de Termo de Credenciamento (Anexo 1), bem como publicação no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP).

6. DOS RECURSOS

- 6.1. A interposição de recurso referente à habilitação ou inabilitação de interessados, à anulação ou revogação do credenciamento, observará o disposto no art. 17 do Decreto nº 11.878, de 2024.
- 6.2. O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de publicação da decisão.
- 6.3. Quando o recurso apresentado impugnar o ato de habilitação ou inabilitação do interessado:
- 6.3.1. a intenção de recorrer deverá ser manifestada em 3 (três) dias úteis, sob pena de preclusão;
- 6.3.2. o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de publicação da decisão.
- 6.4. Os recursos deverão ser encaminhados ao e-mail comlicit.adpal@bcb.gov.br.
- 6.5. O recurso será dirigido à comissão de contratação, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.
- 6.6. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.
- 6.7. O recurso e o pedido de reconsideração não terão efeito suspensivo.
- 6.8. O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.
- 6.9. O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e endereço eletrônico <http://www.bcb.gov.br/?editais>.

7. DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS E SANÇÕES

- 7.1. Comete infração administrativa, nos termos da lei, o interessado que, com dolo ou culpa:
- 7.1.1. deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou não entregar qualquer documento que tenha sido solicitado pela comissão de contratação;
 - 7.1.2. Salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado, deixar de apresentar amostra ou apresentá-la em desacordo com as especificações do edital.
 - 7.1.3. não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade do credenciamento;
 - 7.1.4. recusar-se, sem justificativa, a assinar o contrato, ou a aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração;
 - 7.1.5. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante o credenciamento;
 - 7.1.6. fraudar o credenciamento;
 - 7.1.7. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza, em especial quando:
 - 7.1.7.1. agir em conluio ou em desconformidade com a lei;
 - 7.1.7.2. induzir deliberadamente a erro no julgamento;
 - 7.1.7.3. apresentar amostra falsificada ou deteriorada;
 - 7.1.8. praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;
 - 7.1.9. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846, de 2013.
- 7.2. Com fulcro na [Lei nº 14.133, de 2021](#), a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:
- 7.2.1. advertência;
 - 7.2.2. multa;
 - 7.2.3. impedimento de licitar e contratar e
 - 7.2.4. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.
- 7.3. Na aplicação das sanções serão considerados:
- 7.3.1. a natureza e a gravidade da infração cometida.
 - 7.3.2. as peculiaridades do caso concreto
 - 7.3.3. as circunstâncias agravantes ou atenuantes
 - 7.3.4. os danos que dela provierem para a Administração Pública
 - 7.3.5. a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.
- 7.4. A multa será recolhida em percentual de 0,5% a 30% incidente sobre o valor do contrato, recolhida no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da comunicação oficial.
- 7.4.1. Para as infrações previstas nos itens 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 e 7.1.4, a multa será de 0,5% a 15% do valor do contrato.

- 7.4.2. Para as infrações previstas nos itens 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7, 7.1.8 e 7.1.9, a multa será de 15% a 30% do valor do contrato.
- 7.5. As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.
- 7.6. Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.
- 7.7. A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas nos itens 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 e 7.1.4, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo a qual pertencer o órgão ou entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.
- 7.8. Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas nos itens 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7, 7.1.8 e 7.1.9, bem como pelas infrações administrativas previstas nos itens 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 e 7.1.4 que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção de impedimento de licitar e contratar, cuja duração observará o prazo previsto no art. 156, §5º, da Lei n.º 14.133/2021.
- 7.9. A recusa injustificada do credenciado em assinar o contrato, ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, descrita nos itens 7.1.3 e 7.1.4, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades e à imediata perda da garantia em favor do órgão ou entidade credenciante, nos termos do art. 45, §4º da IN SEGES/ME n.º 73, de 2022.
- 7.10. A apuração de responsabilidade relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de responsabilização a ser conduzido por comissão composta por 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o interessado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.
- 7.11. Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.
- 7.12. Caberá a apresentação de pedido de reconsideração da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento.
- 7.13. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.
- 7.14. A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados.

8. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

- 8.1. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este Edital por irregularidade ou para solicitar esclarecimento sobre os seus termos enquanto este permanecer em vigor.
- 8.2. A impugnação e o pedido de esclarecimento poderão ser realizados por forma eletrônica, devendo ser direcionados ao e-mail comlicit.adpal@bcb.gov.br.

- 8.3. A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgado por meio eletrônico no prazo de até 3 (três) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido.
- 8.4. As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.
- 8.5. Acolhida a impugnação, o edital retificado será publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP.

9. DA DIVULGAÇÃO DA LISTA DE CREDENCIADOS

- 9.1. O resultado, com a lista de credenciados relacionados de acordo com o critério estabelecido no edital, será publicado e estará permanentemente disponível e atualizado no PNCP.

10. DA CONTRATAÇÃO

- 10.1. Após divulgação da lista de credenciados, o órgão ou a entidade poderá convocar o credenciado para assinatura do instrumento contratual, emissão de nota de empenho de despesa, autorização de compra ou outro instrumento hábil, conforme disposto no art. 95 da Lei nº 14.133, de 2021.
- 10.2. A administração poderá convocar o credenciado durante todo o prazo de validade do credenciamento para assinar o contrato ou outro instrumento equivalente, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e no edital de credenciamento.
- 10.3. O prazo para assinatura do instrumento contratual pelo credenciado, após convocação pela administração, será de 3 (três) dias úteis.
- 10.4. O prazo de que trata o item 10.3 poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, mediante solicitação, devidamente justificada, do credenciado durante o seu transcurso, desde que o motivo apresentado seja aceito pela administração.
- 10.5. Previamente à emissão de nota de empenho e à contratação, a administração deverá realizar consulta ao Sicaf para identificar possível impedimento de licitar e contratar.
 - 10.5.1. O habilitado não poderá ser credenciado caso possua registro no Cadastro Informativo dos créditos não quitados de órgãos e entidades federais (CADIN), conforme art. 6º-A da Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002.
- 10.6. O prazo de vigência dos contratos decorrentes do presente credenciamento será de 5 anos, contados da data de sua assinatura, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, 2021.
- 10.7. Os contratos decorrentes de credenciamento poderão ser alterados, observado o disposto no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.
- 10.8. É vedado o cometimento a terceiros do objeto contratado sem autorização expressa da Administração.

11. DA ANULAÇÃO, DA REVOGAÇÃO E DO DESCREDENCIAMENTO

- 11.1. O edital de credenciamento poderá ser anulado, a qualquer tempo, em caso de vício de legalidade, ou revogado, por motivos de conveniência e de oportunidade da administração.
- 11.2. Na hipótese de anulação do edital de credenciamento, os instrumentos que dele resultaram ficarão sujeitos ao disposto nos art. 147 ao art. 150 da Lei nº 14.133, de 2021.

- 11.3. A revogação do edital de credenciamento não repercutirá nos instrumentos já celebrados que dele resultaram.
- 11.4. Será realizado o descredenciamento quando houver:
- 11.4.1. pedido formalizado pelo credenciado, no prazo de 90 (noventa) dias;
 - 11.4.2. perda das condições de habilitação do credenciado;
 - 11.4.3. descumprimento injustificado do contrato pelo contratado; e
 - 11.4.4. sanção de impedimento de licitar e contratar ou de declaração de inidoneidade superveniente ao credenciamento.
- 11.5. O pedido de descredenciamento de que trata o item 11.4.1 não desincumbirá o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades deles recorrentes.
- 11.6. Nas hipóteses previstas nos subitens 11.4.2 e 11.4.3, além do descredenciamento, deverá ser aberto processo administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, para possível aplicação de penalidade, na forma estabelecida na legislação.
- 11.7. Se houver a efetiva prestação de serviços ou o fornecimento dos bens, os pagamentos serão realizados normalmente, até decisão no sentido de rescisão contratual, caso o fornecedor não regularize a sua situação.
- 11.8. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou no interesse da administração, devidamente justificado, em qualquer caso, pela autoridade máxima do órgão ou da entidade contratante, não será rescindido o contrato em execução com empresa ou profissional que estiver irregular.

12. DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO EDITAL

- 12.1. O presente edital terá prazo de vigência por tempo indeterminado, a contar de sua publicação.

13. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO E PREÇO

- 13.1. As condições de execução do objeto e respectivo preço estão descritas na minuta do Termo de Credenciamento e na Tabela de procedimentos Domiciliares, anexos 1 e 2 deste Edital.

14. ALTERAÇÃO OU ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS

- 14.1. As condições de execução do objeto e respectivo preço estão descritas nos anexos deste Edital.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 15.1. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.
- 15.2. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do interessado, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.
- 15.3. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.

- 15.4. O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e endereço eletrônico <http://www.bcb.gov.br/?editais>.
- 15.5. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:
- 15.5.1. ANEXO 1 - MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO
 - 15.5.2. ANEXO 2 - TABELA DE PROCEDIMENTOS DOMICILIARES
 - 15.5.3. ANEXO 3 - MODELO DE REQUERIMENTO DE PARTICIPAÇÃO
 - 15.5.4. ANEXO 4 – MANUAL DO PRESTADOR

Porto Alegre, 13 de agosto de 2025.

Atilio Jeremias Matiuzzi Stocchero
Gerente Administrativo



BANCO CENTRAL DO BRASIL

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTOS E INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o **BANCO CENTRAL DO BRASIL (BCB)**, autarquia federal, criada pela Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964, na qualidade de gestor do PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO BANCO CENTRAL – PASBC (BC Saúde), inscrito no CNPJ/MF sob o nº 00.038.166/0001-05, situado no SBS quadra 03 Bloco B, CEP 70.074-900, na cidade de Brasília - DF credencia o(a) _____ **nome do prestador em negrito** _____, nome fantasia (se houver) _____ **em negrito** _____, inscrito no CNPJ/MF sob o nº _____, situada na(o) _____ **endereço completo do prestador** _____, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, instituído pela Portaria nº 376 /SAS/MS, de 03 de outubro de 2000, e pela Portaria nº 511/SAS/MS, de 29 de dezembro de 2000, sob o nº XXXXXXXX, doravante simplesmente designado CREDENCIADO, para prestação de procedimentos e serviços indicados no requerimento de participação, na forma do anexo 3 do Edital de Credenciamento, na(s) cidade(s), aos beneficiários do referido Programa. As partes anteriormente designadas têm entre si, justo e acordado, o que segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA NATUREZA DO PROGRAMA

1.1 - O PASBC (BC Saúde) é um programa de saúde de natureza supletiva que tem por objetivo oferecer os meios indispensáveis ao custeio da promoção à saúde e da prevenção de riscos e doenças e à manutenção e recuperação da saúde dos servidores ativos e inativos do Banco Central do Brasil, inclusive os ex-funcionários aposentados sob o Regime Geral de Previdência Social, bem como dos dependentes inscritos e pensionistas, observadas as suas normas. Conforme Lei nº 9.650, de 27 de maio de 1998, artigo 15, as regras de funcionamento do PASBC (BC Saúde) são definidas pela diretoria do Banco Central do Brasil, não estando subordinadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

1.2 - Informa-se, ainda, que o credenciamento se regerá pelas regras constantes do Regulamento do PASBC (BC Saúde), pelas disposições da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, notadamente os seus arts. 74, 79 e 184, e do Decreto nº 11.878, de 9 de janeiro de 2024, bem como pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1 - O **CREDENCIADO** prestará aos beneficiários do **BCB** serviços compatíveis com as suas instalações, especialidades credenciadas e disponibilidades técnico-profissionais, observando os padrões estabelecidos pelos órgãos de classe e instituições de fiscalização profissional em geral, na forma e nas condições estipuladas neste Termo de Credenciamento e em seus anexos, bem como no Edital de Credenciamento e demais anexos, que passam a integrar o conjunto de obrigações do **CREDENCIADO** a partir da assinatura do presente termo.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

2.2 - Os serviços credenciados constam no Anexo 1 – Serviços Credenciados e Regime de Atendimento deste Termo e estão descritos por especialidades de atendimento e procedimentos, conforme Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS.

2.3 - Durante toda a vigência deste Termo de Credenciamento, poderão ser incluídos ou excluídos os serviços e procedimentos, devendo a formalização ocorrer, obrigatoriamente, mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes.

2.3.1 - Os pleitos de inclusão ou de exclusão de serviços e procedimentos deverão ser encaminhados ao **BCB**, pelo **CREDENCIADO**, à área de relacionamento, exclusivamente por e-mail, aos endereços eletrônicos constantes no Portal do PASBC (BC Saúde), acessível pelo link <https://www.bcb.gov.br/bcsaude>, na área de acesso exclusivo.

2.3.2 - Eventuais pleitos de inclusão ou de exclusão de serviços e de procedimentos encaminhados ao **BCB**, pelo **CREDENCIADO**, para qualquer outro endereço que não o estabelecido neste Termo de Credenciamento, serão desconsiderados.

2.3.3 - Sem prejuízo do item 2.3, o **CREDENCIADO** se obriga a cumprir as normas vigentes do Programa, inclusive as atualizações posteriores à publicação deste Edital. Qualquer alteração normativa será previamente comunicada ao **CREDENCIADO**.

2.4 - A prestação dos serviços ora ajustados no **OBJETO** deste Termo não podem ser delegada ou transferida a terceiros pelo **CREDENCIADO**, sem prévia comunicação, por escrito, ao **BCB**.

2.4.1 - Está vedada a delegação ou a transferência total dos serviços contratados a terceiros.

2.5 - É vedada a exigência de prestação pecuniária por parte do **CREDENCIADO** ou de seu corpo clínico aos beneficiários do **BCB**, por qualquer meio de pagamento, referente aos serviços credenciados.

2.6 - O **CREDENCIADO** desde já declara estar ciente de que o PASBC (BC Saúde) segue as normas constantes de seus respectivos normativos, já de seu conhecimento prévio, e disponíveis no Portal do PASBC (BC Saúde), na área de acesso exclusivo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

3.1 - Para a identificação do beneficiário e a prestação dos serviços, o **CREDENCIADO** solicitará, no ato do atendimento:

3.1.1 - Cartão de identificação físico ou virtual, ou autorização provisória de atendimento, expedidos pelo **BCB**, que estejam dentro do prazo de validade, contendo o nome do beneficiário e o número do cartão e informando se há carências, quando for o caso; e

3.1.2 - Documento pessoal oficial de identificação do beneficiário, com foto.

3.2 - O **CREDENCIADO** deverá verificar a elegibilidade do beneficiário no momento do atendimento, conforme orientação do PASBC (BC Saúde), de forma a confirmar se ele



BANCO CENTRAL DO BRASIL

está ativo no Programa e, no caso de carências, conferir a data de seu término. Para efetuar a consulta, o **CREDENCIADO** deve ter em mãos, obrigatoriamente, o cartão de identificação do beneficiário ou a autorização provisória de atendimento.

3.2.1 - Em caso de indisponibilidade eventual do Portal BC Saúde, o **CREDENCIADO** deverá encaminhar ao Programa, como anexo da conta, a imagem da tela de erro para comprovar a inviabilidade de consulta no momento do atendimento.

CLÁUSULA QUARTA – DO ATENDIMENTO

4.1 - O **CREDENCIADO** prestará atendimento aos beneficiários do **BCB** de acordo com o descrito no Anexo 1 – Serviços Credenciados e Regime de Atendimento deste Termo, obedecidos os mecanismos de regulação (autorizações prévias e perícias), a cobertura assistencial prevista e os prazos de carência.

4.1.1 - Não será de responsabilidade do BCB qualquer cobertura de despesa por atendimentos prestados a BENEFICIÁRIOS portadores de cartões de identificação com prazos de validade vencidos ou em carência.

4.1.2 - As seguintes situações terão as restrições de carência desconsideradas:

a) nos casos de urgência decorrentes de acidente pessoal: atendimento garantido, sem restrições, inclusive para internação; e

b) nos demais casos de urgência e de emergência: atendimento ambulatorial limitado a doze horas, sem cobertura para internação.

4.1.3 - Para os fins previstos neste documento, entende-se por emergência todos os eventos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizados por declaração do médico assistente.

4.1.4 - Para os fins previstos neste documento, entende-se por urgência todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

4.2 - Serão assegurados aos beneficiários do **BCB** padrão de conforto e de higiene idênticos àqueles dispensados aos demais pacientes do **CREDENCIADO**, conveniados ou particulares, sem nenhum custo adicional.

4.3 - O **CREDENCIADO** não poderá, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, discriminar beneficiários do **BCB** ou atendê-los de forma distinta daquela dispensada aos das demais operadoras de planos de saúde ou pacientes particulares, inclusive em relação ao tempo de atendimento.

4.4 - O **CREDENCIADO** deverá dar prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como aos beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, às gestantes, às lactantes, aos lactentes, às crianças até 5 (cinco) anos de idade e às pessoas com deficiência.

4.5 - Os serviços serão prestados na(s) unidade(s) do **CREDENCIADO**, nos dias e horários definidos pelas partes, conforme Anexo 1 – Serviços Credenciados e Regime de Atendimento deste Termo.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

4.6 - O **CREDENCIADO** solicitará autorização junto à central de regulação do BCB para os procedimentos contidos ou que venham a ser inseridos no Manual do Prestador (Anexo 4 do Edital), disponível na área de acesso exclusivo do Portal do PASBC (BC Saúde).

4.7 - O **CREDENCIADO** é responsável pela prestação dos serviços realizada por ele e por terceiros por ele delegada ou transferida.

4.7.1 - Qualquer evento adverso durante o atendimento aos beneficiários decorrente de negligência, imperícia ou imprudência será de responsabilidade do **CREDENCIADO**.

4.7.2 - Qualquer ato ilícito ou violento contra o beneficiário ou sua família, praticado durante o atendimento, será de responsabilidade do **CREDENCIADO**.

4.8 - O **CREDENCIADO** se compromete a prestar os serviços aqui ajustados, dentro dos padrões da ética profissional, devendo usar de todos os recursos que dispõe em prol dos beneficiários do **BCB**.

CLÁUSULA QUINTA – DA REGULAÇÃO

5.1 - Com a finalidade de controlar a utilização da cobertura assistencial oferecida aos beneficiários, o **BCB** poderá adotar, a qualquer tempo, mecanismos de regulação que se fizerem necessários, amparados pela legislação vigente e por seus normativos.

5.2 - A relação de procedimentos sujeitos à autorização prévia do **BCB**, assim como as normas e orientações necessárias para o processo de autorização, estão disponíveis no Portal do PASBC (BC Saúde), na área de acesso exclusivo.

5.3 - O **BCB** concederá autorizações prévias para os eventos assim indicados em documento próprio, disponível no Portal do PASBC (BC Saúde), na área de acesso exclusivo. Qualquer alteração desse documento, será previamente comunicada ao **CREDENCIADO**, que estará obrigado a observar as normas respectivas.

5.4 - O atendimento aos beneficiários, sem a concessão da prévia autorização, quando for assim exigida nos termos desta cláusula, será admitido somente em casos de urgência e de emergência, desde que o pedido de autorização seja apresentado nos primeiros dez dias corridos subsequentes ao atendimento, devidamente justificado em relatório do médico assistente, não podendo ultrapassar esse lapso temporal.

5.4.1 - Os pedidos de autorização para os atendimentos realizados sem autorização prévia serão analisados pela auditoria do PASBC (BC Saúde), devendo ter seu enquadramento como urgência ou emergência autorizados pela auditoria do Programa. Em caso de contrariedade, a concessão da autorização será negada ou enquadrada como eletiva, incluindo Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPMEs - eventualmente utilizados, conforme melhor entendimento do auditor.

5.4.2 - A simples realização de procedimentos em horário especial (em dias da semana entre 19h e 7h e em sábados, domingos e feriados) não implica evidência do caráter de urgência ou emergencial do atendimento prestado, sendo, em caso de contrariedade por parte da auditoria do **BCB**, passível de não concessão da autorização.

5.4.3 - O não cumprimento da condição estabelecida no caput deste item sujeitará o **CREDENCIADO** ao não recebimento dos valores pelos serviços prestados.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

5.5 - O **BCB** realizará perícias prévias para os eventos assim indicados em documento próprio, disponível na área de acesso exclusivo do Portal do PASBC (BC Saúde). Qualquer alteração desse documento, será previamente comunicada ao **CREDENCIADO**, que estará obrigado a observar as normas respectivas.

5.5.1 - O **BCB** poderá solicitar a presença dos beneficiários para realização de perícias prévias ou posteriores, referente a procedimentos não contidos no documento anteriormente referenciado, com a finalidade de esclarecer a necessidade de sua realização ou seu correto enquadramento.

5.6 - Nas hipóteses de solicitação de OPMs para realização de procedimentos, o **BCB**, a fim de atender aos princípios da economicidade, da transparência e da moralidade, se reserva o direito de escolher o meio de seleção dessas propostas, seja por leilão eletrônico ou por análise de orçamentos apresentados, nesses casos com autorização via **CREDENCIADO** ou por negociação direta com o fornecedor.

5.6.1 - O **CREDENCIADO** não poderá indicar fornecedor ou marca de material, conforme Códigos de Ética vigentes, salvo em caso de material único, sem produto concorrente ou similar. A solicitação de autorização de OPM deve estar acompanhada de relatório com a justificativa de escolha do médico assistente, com comprovante de exclusividade.

5.6.2 - OPMs utilizados nos atendimentos de urgência e emergência devem ter sua precificação em consonância com os valores de mercado praticados, devidamente evidenciados por autorizações anteriores recentes, concedidas pelo **BCB**.

5.7 - O **CREDENCIADO** concorda em adotar os critérios de regulação de serviços adotados pelo **BCB**, observando seus princípios e diretrizes.

CLÁUSULA SEXTA – DA COBERTURA ASSISTENCIAL

6.1 - Os beneficiários terão cobertura assistencial do PASBC (BC Saúde) de acordo com a norma vigente do Programa, conforme normas disponíveis no Portal do PASBC (BC Saúde), na área de acesso exclusivo.

6.1.1 - O Regulamento do PASBC (BC Saúde) e o Manual de Critérios e Orientações do PASBC (MCOP) estão disponíveis no Portal do PASBC (BC Saúde), na área de acesso exclusivo.

6.1.2 - O PASBC (BC Saúde) utiliza como referencial de cobertura o rol de procedimentos obrigatórios da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), bem como listagem própria de procedimentos definidos de forma administrativa pelo Programa. Eventos não relacionados nesses referenciais não são passíveis de cobertura.

6.2 - Excepcionalmente, caso seja identificada a necessidade de atendimento a beneficiário do **BCB** cuja cobertura para o procedimento esteja prevista no referencial do PASBC (BC Saúde) e, porventura, não conste da relação de serviços do Anexo 1 – Serviços Credenciados e Regime de Atendimento deste Termo, a critério das partes, poderá ser realizada negociação, baseada nos valores de mercado, para autorização do atendimento e posterior formalização do acordo por meio de assinatura de Termo Aditivo.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

7.1 - O **BCB** não terá a responsabilidade pela cobertura e pelo pagamento das despesas, exceto nos casos de negociação excepcional, previstas no item 6.2 supra, relativas a:

7.1.1 - Tratamentos relacionados a serviços e a especialidades não constantes do objeto do presente credenciamento;

7.1.2 - Eventos não listados no Anexo 1 – Serviços Credenciados e Regime de Atendimento – deste Termo de Credenciamento;

7.1.3 - Eventos listados no Anexo III do Regulamento PASBC (exclusões de cobertura), conforme Anexo 2 - Exclusões De Cobertura - deste Termo; ou

7.1.4 - Procedimentos não previstos no Regulamento PASBC, nos referenciais e nas tabelas adotadas pelo referido Programa ou aqueles julgados improcedentes, segundo avaliação da auditoria.

7.2 - É vedada a cobrança aos beneficiários, em sua totalidade ou complementarmente, de valores referentes a quaisquer serviços, terapias, procedimentos, materiais, medicamentos e demais insumos, exceto quando o Programa autorizar formalmente a cobrança ou nos casos de eventos não cobertos pelo PASBC (BC Saúde). Tais cobranças somente poderão ser requeridas se autorizadas previamente pelo beneficiário ou seu responsável, vedada a exigência de assinatura de termos genéricos de responsabilidade.

7.3 - É vedada a cobrança aos beneficiários de valores referentes a quaisquer serviços cobertos pelo PASBC (BC Saúde) com negativa técnica de regulação, emitida por profissional representante do Programa, mesmo que constituam o objeto deste credenciamento.

CLÁUSULA OITAVA – DOS VALORES DOS SERVIÇOS

8.1 - Ressalvadas negociações diferenciadas, o BCB pagará ao CREDENCIADO pelos serviços que porventura forem prestados aos seus beneficiários de acordo com o previsto no Anexo 2 do Edital - Tabela de Credenciados – Atenção e Internação Domiciliar Tabela de Credenciados – Atenção e Internação Domiciliar Tabela de Credenciados – Atenção e Internação Domiciliar do BC Saúde, considerando-se sempre os valores vigentes na data do atendimento.

8.2 - Os preços de todos os medicamentos já contemplam a remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição, inclusive dos medicamentos de uso restrito.

CLÁUSULA NONA – DO REAJUSTE DOS VALORES DOS SERVIÇOS

9.1 - Os valores acordados para a prestação dos serviços, conforme Anexo 2 do Edital (Tabela de Credenciados – Atenção e Internação Domiciliar do BC Saúde) ou conforme pacote customizado decorrente de negociação diferenciada na forma do Regulamento do PASBC, podem ser atualizados, observando-se a periodicidade mínima de 12 (doze)



BANCO CENTRAL DO BRASIL

meses, a contar da data da divulgação deste Edital ou da data de formalização dos referidos pacotes.

9.1.1 - Os preços da tabela adotada poderão ser majorados ou reduzidos, de forma a compatibilizá-los com os praticados pelo mercado de saúde suplementar e com a disponibilidade financeira do Banco Central.

9.1.2 - O reajuste dos valores negociados de pacote customizado deverá ser solicitado previamente pelo **CREDENCIADO**, por meio de requerimento fundamentado, e terá como limite a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA ou, na sua falta, outros índices editados pelo Poder Público.

9.1.3. Os reajustes posteriores dos pacotes deverão sempre respeitar o interstício mínimo de 12 (doze) meses contados da data de início da vigência do reajuste anterior.

9.2. Os materiais e medicamentos serão atualizados com base nos valores publicados nas Revistas Brasíndice, para medicamentos, e SIMPRO, para materiais, conforme a data de atendimento, respeitadas a legislação pertinente e as normas regulamentadoras provenientes da ANVISA/CMED, cabendo ao **CREDENCIADO** seu fiel cumprimento, exceto para os medicamentos e materiais que forem negociados por critério diverso.

9.3 - A formalização e a vigência dos reajustes dos pacotes deverão ocorrer, obrigatoriamente, após a assinatura de Termo Aditivo entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FATURAMENTO, DO PAGAMENTO E DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

10.1 - O **CREDENCIADO** apresentará ao **BCB** as faturas referentes aos atendimentos efetivamente prestados, contendo a descrição dos serviços e dos respectivos valores cobrados, de acordo com a codificação da tabela ajustada, por meio dos formulários nos modelos TISS, devidamente preenchidos, disponíveis para download no Portal do PASBC (BC Saúde), na área de acesso exclusivo.

10.2 - A apresentação das faturas deverá ser feita ao **BCB** por meio eletrônico e com codificação aberta, acompanhada dos documentos comprobatórios, conforme Manual do Prestador (Anexo 4 do Edital), disponível na área de acesso exclusivo do Portal do PASBC (BC Saúde).

10.2.1 - O uso de codificação genérica, constante em tabela própria do BC Saúde, fica restrito aos eventos que não possuam codificação nas tabelas contratadas.

10.2.2 - As despesas decorrentes de eventos não cobertos ou não autorizados pelo **BCB**, quando realizados simultaneamente com os previamente autorizados, não deverão transitar na fatura a ser apresentada pelo **CREDENCIADO**, esclarecido que, se apresentadas, serão glosadas.

10.3 - O prestador se obriga a manter os documentos originais arquivados e apresentá-los, caso assim demandado pelo **BCB**, até o limite de 5 (cinco) anos da data do atendimento.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

10.4 - O prazo de apresentação das guias para faturamento é de 120 (cento e vinte) dias após a data do atendimento ou, em se tratando de internação, da data de cada alta hospitalar ou da data final de cada conta parcial.

10.5 - A apresentação da guia fora do prazo referido no item 10.4 supra sujeitará o **CREDECENCIADO** a multas progressivas, conforme disposto na tabela abaixo:

<i>Prazo de entrega da guia</i>	<i>Percentual de glosa</i>
<i>De 121 a 240 dias</i>	<i>15% (quinze por cento)</i>
<i>De 241 a 364 dias</i>	<i>30% (trinta por cento)</i>
<i>De 1 ano a 1 ano, 11 meses e 29 dias</i>	<i>45% (quarenta e cinco por cento)</i>
<i>De 2 a 5 anos</i>	<i>60% (sessenta por cento)</i>

10.6 - Fica estabelecido que as faturas que não apresentarem informações e documentos suficientes para fins de conferência por parte do **BCB** serão glosadas ou devolvidas ao **CREDECENCIADO** para providências complementares.

10.6.1 - A devolução não altera o prazo de validade da guia.

10.7 - A apresentação das guias após 5 (cinco) anos não será acatada, respeitando o prazo estabelecido no Código Civil para pagamento de dívida.

10.8 - O prazo para processamento das guias é de até 45 (quarenta e cinco) dias, sendo iniciado a partir do recebimento do arquivo eletrônico e da anexação dos documentos afins. As regras para o envio de arquivos e documentos estão disponíveis na área de acesso exclusivo do Portal do PASBC (BC Saúde).

10.9 - Outros detalhamentos relevantes para a apresentação de faturas estão dispostos o Manual do Prestador (Anexo 4 do Edital), disponível na área de acesso exclusivo do Portal do PASBC (BC Saúde).

10.10 - O **CREDECENCIADO** se obriga a fornecer documento fiscal para cada fatura apresentada ao **BCB** para pagamento, mediante solicitação, com indicação da remessa e do valor do documento fiscal a ser emitido, estando acordado que o não envio do referido documento implica a retenção do pagamento da fatura até a regularização da pendência, quando os pagamentos serão liberados, sem nenhuma atualização monetária, juros, multas ou encargos de qualquer natureza.

10.10.1 - No caso de o **CREDECENCIADO** optar pelo encaminhamento de documento fiscal prévio, ou seja, anexado à apresentação da fatura, deverá formalizar tal escolha ao PASBC (BC Saúde), por meio de mensagem para bcsaude.rededecenciada@bcb.gov.br.

10.11 - O **BCB** efetuará o pagamento das faturas referentes aos serviços prestados por meio de depósito bancário, na conta corrente de agência bancária, de titularidade do **CREDECENCIADO**, a ser formalmente indicada por ele.

10.12 - O **BCB** efetuará o pagamento no prazo de até 15 (quinze) dias a partir do recebimento do documento fiscal, respeitando o prazo de processamento estipulado no item 10.8, diretamente na conta corrente de agência bancária indicada pelo **CREDECENCIADO**, retidos os valores dos tributos conforme a legislação vigente.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

10.13 - O **BCB** não aceitará agentes intermediários, financeiros ou não, para cobrança de pagamentos.

10.14 - É vedado ao **CREDENCIADO** utilizar as faturas a que se refere o item 10.1 para fins de operações financeiras ou bancárias.

10.14.1 - Fica expressamente vedada a emissão de duplicatas para cobrança dos serviços objeto deste Termo de Credenciamento.

10.15 - O **CREDENCIADO** é responsável por todos os encargos de natureza tributária incidentes sobre os valores dos serviços prestados, sendo as retenções e os recolhimentos previstos em lei efetuados pelo **BCB** no exercício de substituição tributária.

10.15.1 - O **CREDENCIADO** declara possuir cadastro no Fisco do seu domicílio de atendimento.

10.15.2 - O **CREDENCIADO** compromete-se a observar a exigência legal constante do art. 68 da Lei nº 14.133, de 2021, cujo teor diz respeito à regularidade fiscal.

10.15.3 - Caso o **CREDENCIADO** goze de imunidade ou de isenção tributária, deverá comprová-la, em tempo hábil, mediante a apresentação de documentos emitidos pelos respectivos órgãos oficiais, inclusive cópia de sentenças judiciais, se for o caso.

10.15.4 - A falta de entrega dos documentos referidos no item anterior ou a entrega intempestiva obrigará o **BCB** a efetuar a devida retenção e o recolhimento dos encargos, devendo o **CREDENCIADO** postular sua devolução junto ao competente órgão governamental.

10.15.5 - O **CREDENCIADO** é responsável por manter o **BCB** atualizado sobre seu regime tributário e é o único responsável em manter em dia a sua regularidade social e fiscal, obrigando-se a apresentar documentação comprobatória ao **BCB**, periodicamente ou quando solicitado.

10.16 - As instruções para encaminhamento de documentação fiscal estão disponíveis na área de acesso exclusivo, no Portal do PASBC (BC Saúde).

10.17 - O **BCB** compromete-se a quitar somente os documentos fiscais originais acompanhados das respectivas faturas e emitirá extrato discriminando os valores brutos, os tributos retidos, as eventuais glosas e os valores líquidos creditados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS AUDITORIAS

11.1 - O **BCB** realizará auditorias, nas formas abaixo discriminadas, no intuito de exercer a fiscalização técnica preliminar, concorrente e posterior dos eventos geradores de despesas para o PASBC (BC Saúde), com vistas a garantir a qualidade dos serviços realizados, o respeito às normas do Programa, a gestão responsável dos recursos e a conformidade com os dispositivos legais vigentes.

11.2 - O **BCB** reserva-se o direito de realizar as seguintes modalidades de auditoria:

11.2.1 - **Auditoria preliminar:** ação de regulação que será exercida pela exigência de autorização e de perícia prévias em eventos estabelecidos pelo PASBC (BC Saúde).



BANCO CENTRAL DO BRASIL

11.2.2 - **Auditoria concorrente:** acompanhamento externo, por análise do prontuário e/ou beira leito, durante a ocorrência das internações hospitalares ou domiciliares.

11.2.3 - **Auditoria de contas:** análise técnica e administrativa das faturas, dos documentos e das contas apresentadas para faturamento, podendo ser realizada *in loco* ou não, no decorrer do processamento de contas, a critério do **BCB**, respeitando a legislação.

11.3 - As modalidades de auditoria referidas não são excludentes, podendo ocorrer isolada ou concomitantemente, conforme decisão do **BCB**.

11.4 - A auditoria especializada será exercida pelos componentes técnicos do **BCB** ou por pessoas físicas ou jurídicas contratadas para esse fim.

11.5 - Todo procedimento é passível de ser submetido à auditoria especializada, que poderá determinar a realização de avaliação clínica ou documental, bem como solicitar informações adicionais para subsidiar a avaliação.

11.6 - A auditoria poderá solicitar, a qualquer momento, elementos para melhor avaliar as condutas adotadas, tais como anamnese completa, diagnóstico para o caso, exames complementares realizados, opções de tratamento e seus prognósticos, histórico da evolução clínica do tratamento, entre outros.

11.7 - Os auditores do **BCB** não poderão, em hipótese alguma, ser impedidos de realizar seu trabalho de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços prestados aos seus beneficiários.

11.7.1 - Os auditores designados pelo **BCB** terão acesso irrestrito às instalações do **CREDENCIADO**, para auditoria de contas e verificação de documentos relativos aos beneficiários do PASBC (BC Saúde).

11.8 - Os prontuários dos beneficiários, bem como todas as anotações, resultados de exames, laudos, pareceres e relatórios de enfermagem possuem caráter sigiloso. Os auditores do **BCB** poderão consultá-los nas dependências do **CREDENCIADO**, a quem caberá disponibilizar estrutura capaz de oferecer suporte ao pleno desenvolvimento dos trabalhos de auditoria.

11.9 - O detalhamento das normas e orientações referentes a auditorias constará no Manual do Prestador (Anexo 4 do Edital), disponível na área de acesso exclusivo do Portal do PASBC (BC Saúde).

11.10 - O **BCB** somente efetuará pagamentos referentes ao uso de medicamentos, de quaisquer naturezas, de forma fracionada, conforme prescrição e observando as recomendações de estabilidade e de manipulação constantes das respectivas bulas e a validação da auditoria.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS GLOSAS

12.1 - Ao **BCB** fica reservado o direito de proceder auditorias e de efetuar, quando houver discordâncias, eventuais glosas nas faturas apresentadas pelo **CREDENCIADO**.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

12.2 - As glosas administrativas poderão ser objeto de recurso formal ao BC Saúde, por parte do **CREDENCIADO**, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a comunicação do pagamento da guia questionada, exclusivamente por meio eletrônico, conforme instruções contidas no Manual do Prestador (Anexo 4 do Edital).

12.3 - Esgotado o prazo estabelecido no item 12.2, as glosas serão consideradas definitivas, não cabendo mais recurso.

12.4 - As glosas técnicas, quando realizadas *in loco* e em consenso entre as auditorias, não poderão ser reivindicadas ou recursadas.

12.5 - O **BCB** terá prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data do recebimento do recurso (arquivo eletrônico e anexos, quando necessários), para apresentar ao **CREDENCIADO** o resultado da análise realizada, providenciando o pagamento dos eventos cujo recurso foi acatado, se for o caso.

12.6 - A omissão de documentos comprobatórios ou justificativas insuficientes implicarão a manutenção das glosas aplicadas.

12.7 - Mantida a glosa recursada, é possível apresentar um último recurso, em prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias da resposta do BC Saúde, para permitir nova análise do caso.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO PADRÃO ANS/TISS

13.1 - Todas as guias a serem utilizadas pelo **CREDENCIADO** para os atendimentos, realização de procedimentos e faturamentos deverão estar no padrão TISS.

13.2 - As trocas de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários do **BCB** serão realizadas conforme as diretrizes determinadas pela ANS.

13.3 - As guias deverão, obrigatoriamente, ser preenchidas pelo **CREDENCIADO** de modo correto em todos os itens, sendo o caso de preenchimento incorreto um dos possíveis motivos de glosa pelo **BCB**.

13.4 - Fica acordado entre as partes a adoção das comunicações eletrônicas ou aquelas definidas pelo **BCB** para solicitação de procedimentos, cobrança, faturamento, glosa e pagamento.

13.5 - O **CREDENCIADO** obriga-se a utilizar os formulários nos padrões TISS, disponíveis para download na área de acesso exclusivo do Portal do PASBC (BC Saúde), para fins de apresentação das contas relativas aos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA ATUALIZAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS

14.1 - O **BCB** está autorizado a divulgar os atributos de qualificação do **CREDENCIADO** em todos os meios de comunicação impressa e eletrônica.

14.2 - O **CREDENCIADO** será o responsável pela atualização dos seus dados cadastrais no **BCB**, principalmente no que diz respeito a informações que possam dificultar ou impedir o acesso dos beneficiários à cobertura assistencial.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

14.2.1 - O **CREDENCIADO** deverá encaminhar ao **BCB** as solicitações para atualização de dados cadastrais exclusivamente para o e-mail bcsaude.redecredenciada@bcb.gov.br.

14.2.2 - Eventuais encaminhamentos de solicitações de atualização de dados cadastrais para qualquer outro endereço, que não o estabelecido no item anterior, serão desconsiderados pelo **BCB**.

14.3 - O **CREDENCIADO** deverá manter as informações abaixo totalmente atualizadas no **BCB**:

14.3.1 - endereço e telefone de contato;

14.3.2 - especialidades credenciadas;

14.3.3 - caráter de atendimento credenciado;

14.3.4 - serviços e procedimentos credenciados;

14.3.5 - atributos de qualificação;

14.3.6 - corpo clínico e responsável técnico;

14.3.7 - regime tributário; e

14.3.8 - dados bancários.

14.4 - A atualização das informações referentes aos atributos de qualificação, dados bancários, corpo clínico e responsável técnico será realizada mediante solicitação do **CREDENCIADO** e apresentação de documentação comprobatória.

14.5 - O **BCB** poderá periodicamente solicitar cópias atualizadas e vigentes do alvará de localização, alvará da vigilância sanitária, cadastro no CNES e registro da empresa no conselho de classe.

14.6 - Qualquer efeito oriundo da omissão na atualização das informações acima é de responsabilidade do **CREDENCIADO**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

15.1 - O **BCB** e o **CREDENCIADO** se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade, de privacidade e de livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos à coleta e ao tratamento de dados pessoais e pessoais sensíveis, inclusive nos meios digitais, garantindo que:

15.1.1 - o tratamento de dados pessoais e pessoais sensíveis observará as leis e os demais atos normativos aplicáveis, especialmente o disposto nos artigos 7º, 11 e 14 da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD);

15.1.2 - o tratamento dos dados será limitado às atividades necessárias ao atingimento das finalidades de execução deste Termo e dos serviços contratados ou, quando for o caso, ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD;

15.1.3 - o tratamento será realizado com a observância de medidas que assegurem a exatidão, a integridade, a autenticidade e a confidencialidade, com garantia de respeito aos direitos dos titulares dos dados e informações, na forma prevista na LGPD, inclusive



BANCO CENTRAL DO BRASIL

o exercício do direito de solicitar acesso, correção e eliminação (legalmente permitida) de dados pessoais e pessoais sensíveis armazenados em banco de dados e sistemas digitais;

15.1.4 - os dados coletados na execução dos serviços especificados neste Termo não serão compartilhados nem utilizados, em nenhuma hipótese, para outras finalidades não previstas neste documento.

15.2 - Os dados obtidos em razão deste Termo deverão ser armazenados em um banco de dados seguro, cabendo ao **CREDENCIADO**, ainda:

15.2.1 - empreender os melhores esforços, inclusive com investimentos em segurança da informação, para proteger os dados pessoais e pessoais sensíveis contra acessos não autorizados, acidentes e tratamento inadequado;

15.2.2 - em caso de ocorrência ou mera suspeita de incidente que envolva dados pessoais e pessoais sensíveis, relacionados ao objeto deste Termo, adotar as medidas necessárias para auxiliar na identificação, contenção, recuperação e qualquer outra etapa necessária para a resposta ao incidente, comunicando o fato imediatamente ao BCB;

15.2.3 - limitar o acesso a dados pessoais e pessoais sensíveis às pessoas que de fato precisem acessá-los, conforme estritamente necessário para os fins estabelecidos neste Termo;

15.2.4 - instruir todos os seus funcionários, representantes, contratados e/ou subcontratados envolvidos no tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis a respeito dos procedimentos e obrigações aplicáveis, responsabilizando-se por eventuais falhas ou irregularidades a eles imputáveis.

15.3 - O **BCB** e o **CREDENCIADO** cooperarão entre si no cumprimento das obrigações referentes ao exercício dos direitos dos titulares/beneficiários previstos na LGPD e nas leis e regulamentos de proteção de dados em vigor, e no atendimento a requisições e determinações do Poder Judiciário, do Ministério Público e de órgãos de controle.

15.4 - A contratação de terceiros, pelo **CREDENCIADO**, para auxiliá-lo a realizar o tratamento de dados pessoais (suboperador), está sujeita às normas deste Termo aplicáveis à contratação de terceiros.

15.5 - A divulgação de dados ou informações sem as devidas autorizações, ou qualquer outra prática que caracterize violação à legislação de proteção de dados pelo **CREDENCIADO**, inclusive por seus diretores, sócios, integrantes não sócios, empregados, prepostos, prestadores de serviços e/ou terceiros, que tiveram acesso aos dados em razão deste Termo, sujeitará o **CREDENCIADO** e os agentes envolvidos às penalidades legais, bem como à reparação dos danos, apurados em processo próprio, sem prejuízo das sanções administrativas aplicáveis, na forma deste Termo.

15.6 - O **CREDENCIADO** se compromete a eliminar os dados pessoais e pessoais sensíveis de que tiver posse, quando atingida a finalidade do tratamento quanto aos usos permitidos ou terminada a relação jurídica com o BCB, salvo se tiver a obrigação de



BANCO CENTRAL DO BRASIL

mantê-los em razão de lei ou regulamentação setorial, ou se puder se valer de outra base legal que autorize o tratamento, por requisição do próprio titular.

15.7 - O **CREDENCIADO** se compromete, ainda, a excluir os dados pessoais e pessoais sensíveis dos seus sistemas, mediante requisição dos titulares, salvo se houver qualquer base legal ou contratual para a sua manutenção.

15.8 - O **CREDENCIADO** manterá contato formal com o BCB, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas da ocorrência de qualquer incidente que implique violação ou risco de violação de dados pessoais, para que este possa adotar as providências devidas, na hipótese de questionamento das autoridades competentes.

15.9 - Eventuais responsabilidades das partes serão apuradas conforme estabelecido neste Termo e de acordo com o que dispõe a Seção III, Capítulo VI, da LGPD.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS VEDAÇÕES

16.1 - É vedado ao **CREDENCIADO**:

16.1.1 - exigir de beneficiários do **BCB**, em sua totalidade ou complementarmente, valores referentes a quaisquer serviços, terapias, procedimentos, materiais, medicamentos e demais insumos, exceto para eventos não cobertos pelo PASBC (BC Saúde), desde que autorizado previamente pelo beneficiário ou seu responsável, bem como nos casos em que o Programa autorizar formalmente a cobrança;

16.1.2 - exigir de beneficiários do **BCB** a cobrança de valores referentes a quaisquer serviços cobertos pelo PASBC (BC Saúde) com negativa técnica de regulação, emitida por profissional representante do Programa, mesmo que constituam o objeto deste credenciamento;

16.1.3 - suspender os atendimentos aos beneficiários do **BCB** durante o período de vigência deste Termo de Credenciamento, inclusive durante o período de aviso prévio de que trata o item 18.3 deste Termo, salvo na situação de impossibilidade de atendimento decorrente de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo **CREDENCIADO**; e

16.1.4 - impedir que os auditores do **BCB** realizem os seus trabalhos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços prestados aos seus beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS PENALIDADES

17.1 - No caso de descumprimento de quaisquer itens apontados na cláusula décima sexta deste Termo de Credenciamento, será aplicada à parte infratora multa no importe de 10% (dez por cento) sobre o valor médio dos três últimos créditos efetuados a título de pagamento ao **CREDENCIADO**, sem qualquer prejuízo das perdas e dos danos eventualmente ocorridos e demais penalidades cabíveis à espécie.

17.2 - Caso comprovada exigência de prestação pecuniária diretamente aos beneficiários do **BCB**, por qualquer meio de pagamento, de serviços devidamente credenciados neste Termo de Credenciamento, será aplicada ao **CREDENCIADO** a multa no mesmo importe do valor total comprovadamente pago pelo beneficiário reclamante, montante esse que



BANCO CENTRAL DO BRASIL

será descontado (glosa) nos pagamentos seguintes a serem realizados em favor do **CREDENCIADO** até a quitação do valor integral da multa.

17.2.1 - O pagamento da multa não exime o **CREDENCIADO** da obrigação de restituir ao beneficiário o valor eventualmente por ele pago da prestação pecuniária de que trata o *caput* deste item.

17.3 - Para fins de aplicação da penalidade prevista no item 17.2, o **BCB** notificará o **CREDENCIADO** para que apresente defesa ou cesse a cobrança indevida no prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data de recebimento da notificação. Caso a defesa seja acolhida ou a cobrança cesse, não haverá imposição de penalidade.

17.4 - Sem prejuízo do disposto acima, em caso de descumprimento das obrigações por parte do **CREDENCIADO**, fica o **BCB** desde já autorizado a efetuar a retenção de pagamentos pendentes até que a irregularidade seja sanada.

17.5 - Este Termo poderá ser rescindido unilateralmente pelo **BCB**, mediante comunicação formal ao **CREDENCIADO**, sem prejuízo das sanções administrativas previstas em lei, observando, ainda, no que couber, o disposto nos arts. 156 a 160 c/c o art. 184 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, quando:

17.5.1 - não houver cumprimento do ajustado, no todo ou em parte;

17.5.2 - houver cumprimento irregular do ajustado;

17.5.3 - houver fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado;

17.5.4 - houver impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;

17.5.5 - houver paralisação temporária dos serviços sem prévia comunicação com antecedência de 30 (trinta) dias, salvo em casos fortuitos ou de força maior;

17.5.6 - houver delegação ou transferência total deste instrumento ou o subcredenciamento da execução total dos serviços;

17.5.7 - houver delegação ou transferência parcial deste instrumento, o subcredenciamento da execução dos serviços, a associação com outrem, a cisão, a fusão ou a incorporação que afete a boa execução do ajustado, sem prévia comunicação do **BCB**; ou

17.5.8 - houver cometimento reiterado de faltas na execução dos serviços.

17.6 - Este Termo poderá ser rescindido unilateralmente pelo **CREDENCIADO**, mediante comunicação formal ao **BCB**, quando houver atraso contumaz no pagamento das faturas pelo BCB, aqui entendido atraso continuado por pelo menos três meses.

17.7 - Em qualquer caso de rescisão do presente Termo de Credenciamento, o **CREDENCIADO** compromete-se a identificar e a informar ao **BCB**, no prazo de 10 (dez) dias corridos, os beneficiários que se encontrem em tratamento ou que necessitem de atenção especial.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

17.8 - No caso de rescisão, se houver beneficiários internados, o **CREDENCIADO** compromete-se a manter a continuidade do atendimento, sob a remuneração pactuada, até a alta médica.

17.9 - No caso de rescisão, o **CREDENCIADO** fará jus ao recebimento de valores de serviços já prestados, ainda não pagos e devidamente aprovados pelo **BCB**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

18.1 - A vigência deste Termo de Credenciamento é de 5 (cinco) anos, prorrogável por igual período, contados da data da sua assinatura.

18.2 - Visando assegurar a continuidade da assistência à saúde aos beneficiários do PASBC (BC Saúde), as partes se comprometem a iniciar os trâmites negociais para assinatura de novo Termo de Credenciamento com antecedência mínima de 6 (seis) meses da data término de vigência deste Termo, adotando como referencial de remuneração os valores já praticados entre as partes.

18.3 - Este Termo de Credenciamento poderá ser rescindido a qualquer tempo, sem qualquer ônus, mediante comunicação formal de uma parte à outra, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias corridos.

18.3.1 - O prazo para comunicação prévia não é devido nos casos em que o **CREDENCIADO** encerrar suas atividades antes do término desse prazo.

18.4 - Este Termo poderá ser rescindido unilateralmente pelo BCB, mediante comunicação formal ao **CREDENCIADO**, sem prejuízo das sanções administrativas previstas em lei, observando, ainda, no que couber, o disposto nos arts. 156 a 160 c/c o art. 184 da Lei nº 14.133, de 2021, quando:

18.4.1 - For identificado atendimento reduzido ou nenhum atendimento a beneficiário do Programa por período superior a 12 (doze) meses, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes. A partir do envio do comunicado, o cadastro do **CREDENCIADO** será excluído imediatamente dos veículos de divulgação do PASBC (BC Saúde) e, após 90 (noventa) dias corridos da referida comunicação, será efetivado o seu descredenciamento.

18.4.2 - Houver recuperação judicial ou decretação da falência do **CREDENCIADO**.

18.4.3 - Houver infração às normas sanitárias e fiscais.

18.4.4 - Houver alteração dos atos constitutivos do **CREDENCIADO**, que prejudique a execução dos serviços.

18.5 - Em qualquer caso de rescisão do presente Termo de Credenciamento, o **CREDENCIADO** compromete-se a identificar e a informar ao **BCB**, no prazo de 10 (dez) dias corridos, os beneficiários que se encontrem em tratamento ou que necessitem de atenção especial.

18.6 - Ocorrendo o término ou rescisão deste Termo de Credenciamento:

18.6.1 - Não assistirá a qualquer das partes direito de haver indenização ou ressarcimento da outra, seja a que título for;



BANCO CENTRAL DO BRASIL

18.6.2 - Responderá o **BCB** pelos pagamentos dos serviços prestados pelo **CREDENCIADO** aos seus respectivos beneficiários até a data da efetiva interrupção da prestação dos serviços, nos termos estabelecidos neste Termo de Credenciamento;

18.6.3 - Comunicará o **BCB** aos beneficiários a rescisão deste Termo de Credenciamento, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência;

18.6.4 - O **CREDENCIADO** deverá disponibilizar-se a fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo beneficiário do PASBC (BC Saúde).

18.7 - O **CREDENCIADO** fará jus ao recebimento de valores de serviços já prestados, ainda não pagos e devidamente aprovados pelo **BCB**.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DOS ANEXOS

19.1 - Além dos anexos do Edital, as partes declaram, desde já, estar cientes e de acordo com o inteiro teor dos anexos abaixo relacionados, os quais, devidamente assinados e rubricados, fazem parte integrante deste Termo de Credenciamento:

19.1.1 - Anexo 1 – SERVIÇOS CREDENCIADOS E REGIME DE ATENDIMENTO;

19.1.2 - Anexo 2 – EXCLUSÕES DE COBERTURA;

19.1.3 - Anexo 3 - DECLARAÇÃO PARA FINS DE CONTRATAÇÃO; e

19.1.4 - Anexo 4 – TERMO DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO (TCMS)

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 - Qualquer alteração de itens estipulados neste Termo de Credenciamento deverá ser precedida, obrigatoriamente, de Termo Aditivo, sendo que a sua validade dependerá da assinatura expressa de ambas as partes.

20.2 - As partes declaram expressamente ter conhecimento de toda legislação brasileira que possa afetar direta ou indiretamente este Termo de Credenciamento, especialmente referente ao exercício de serviços de assistência médico-hospitalar/odontológica/terapêutico, expressa no código de ética profissional, comprometendo-se a observar e a obedecer a todas as leis e os normativos pertinentes.

20.3 - Este Termo de Credenciamento não implica vínculo empregatício de qualquer espécie entre as partes, visto que a prestação dos serviços ora pactuados possui caráter autônomo e eventual.

20.4 - As instalações do **CREDENCIADO** deverão ser mantidas em perfeitas condições de funcionamento e a prestação dos serviços executada com qualidade, diligência e respeito, com assunção de responsabilidade técnica e civil.

20.4.1 - O **BCB** vistoriará equipamentos e instalações do **CREDENCIADO**, quando julgar necessário, para acompanhar a qualidade dos serviços oferecidos.

20.5 - O **CREDENCIADO** aceitará que profissionais de saúde não pertencentes ao seu corpo clínico possam atender aos beneficiários do PASBC (BC Saúde), com direito de usufruir plenamente de suas instalações e serviços.



BANCO CENTRAL DO BRASIL

20.6 - O **BCB** respeitará a autonomia técnica do **CREDENCIADO**, podendo, contudo:

20.6.1 - Indicar auditor para constatação de procedimentos a serem realizados pelo **CREDENCIADO**;

20.6.2 - fiscalizar as instalações e equipamentos do **CREDENCIADO**;

20.6.3 - comprovar a realização dos serviços pelo **CREDENCIADO**;

20.6.4 - examinar toda e qualquer documentação de posse do **CREDENCIADO** que possa servir como comprovação do cumprimento das condições estabelecidas neste Termo de Credenciamento.

20.7 - O **CREDENCIADO** fica obrigado a apurar as reclamações porventura apresentadas pelo BCB formalmente e, no prazo estabelecido pelo **BCB**, cientificá-lo, também formalmente, das medidas adotadas perante os órgãos que aquelas consideradas procedentes.

20.8 - O **BCB** apurará as reclamações pertinentes feitas pelo **CREDENCIADO** e que envolvam incidentes motivados pelos beneficiários.

20.9 - É vedada a exclusividade na prestação dos serviços, sendo o **BCB** e o **CREDENCIADO** independentes para firmar outros instrumentos jurídicos com terceiros, para a mesma finalidade.

20.10 - Para prestadores que já tenham sido credenciados, este documento substitui o Termo de Credenciamento anterior, nas especialidades que constam do objeto e do Edital de Credenciamento **XXX/2025**, do qual este termo é parte.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1 - As pessoas que assinam o presente Termo, na qualidade de signatários, declaram, sob as penas da lei, que se encontram investidas dos competentes poderes de ordem legal e societária para tanto, motivo pelo qual assegurarão, em qualquer hipótese, a veracidade da presente declaração.

21.2 - Neste ato, os signatários expressamente declaram anuir, autorizar e reconhecer que o presente Termo será assinado eletronicamente por seus representantes legais, nos termos dos artigos 219 e 220 do Código Civil, do art. 10, §§ 1º e 2º da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e da Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020. Neste sentido, as partes reconhecem a veracidade, autenticidade, integridade, validade e eficácia deste documento e seus termos, para todos os fins de direito.

21.3 - Em qualquer das hipóteses acima, este Termo servirá como título executivo extrajudicial na forma da legislação aplicável, para todos os efeitos legais.

21.4 - Este Termo de Credenciamento observa a modalidade de inexigibilidade de licitação, na forma dos artigos 74 e 75 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

21.5 - Os casos omissos ou situações não explicitadas nas cláusulas deste termo serão decididas pelo **BCB**, segundo as disposições contidas nas normas aplicáveis à espécie.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO FORO DE ELEIÇÃO



BANCO CENTRAL DO BRASIL

22.1 - O foro competente para dirimir as dúvidas que eventualmente surjam do presente Termo de Credenciamento, não resolvidas amigavelmente entre as partes, é o foro da Justiça Federal do Distrito Federal, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente Termo de Credenciamento, com respectivos anexos.

Brasília/DF, _____ de _____ de 2025.

PELO BCB:

PELO CREDENCIADO:

Assinado digitalmente

Assinado digitalmente

Ana Carolina Bonfim Hamu
Chefe de Subunidade

Representante legal
RG
CPF



BANCO CENTRAL DO BRASIL

ANEXO 1 - SERVIÇOS CREDENCIADOS E REGIME DE ATENDIMENTO

Endereço(s) de atendimento: *[Informar todos]*

Matriz e filial

XXXXXXXXXX

CEP:

Regime de atendimento:

AMBULATORIAL/DOMICILIAR

Horários de atendimento:

Dia da Semana	Horário
Segunda-feira	8h às 12h e 14h às 18h
Terça-feira	8h às 12h e 14h às 18h
Quarta-feira	8h às 12h e 14h às 18h
Quinta-feira	8h às 12h e 14h às 18h
Sexta-feira	8h às 12h e 14h às 18h
Sábado	

Especialidades de atendimento:

XXXXXXXXXX

Serviços Credenciados

Inserir Eventos e Códigos (ou Faixas e classes de evento) do Anexo 2 do Edital

Os serviços relacionados neste Anexo somente poderão ser executados pelo(s)



BANCO CENTRAL DO BRASIL

profissional(ais) pertencente(s) ao corpo clínico do **CREDENCIADO**.

ANEXO 2 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. Respeitadas as coberturas mínimas previstas na base referencial adotada pelo Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central - PASBC, estão excluídos da cobertura do PASBC (BC Saúde) os eventos e as despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento e em sua norma complementar, e os provenientes de:

1.1. Atendimentos prestados antes da adesão ao PASBC (BC Saúde) ou do cumprimento das carências, exceto os casos de urgência e de emergência previstos em Regulamento e em norma complementar;

1.2. Tratamentos de emagrecimento e procedimentos clínicos ou cirúrgicos estéticos sem fins terapêuticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, ainda que sob a alegação de prejuízo psicológico ao participante do Programa;

1.3. Procedimentos relacionados à reprodução assistida;

1.4. Tratamentos relacionados à prevenção ou retardo do envelhecimento/rejuvenescimento (ex.: megadoses de vitaminas, entre outros);

1.5. Internações em spa, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais, clínicas de idosos e assemelhados;

1.6. Medicamentos para tratamento domiciliar, respeitadas as situações previstas em Regulamento e em norma complementar;

1.7. Medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, sem registro na Anvisa;

1.8. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e à técnica cirúrgica indicados;

1.9. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como quaisquer procedimentos não reconhecidos pelos respectivos Conselhos representativos das profissões relacionadas com a área de atuação em saúde, com cobertura pelo PASBC (BC Saúde);

1.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

1.11. Serviços de enfermagem em caráter particular, em ambiente hospitalar;

1.12. Necropsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo e neurolinguística;

1.13. Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;



BANCO CENTRAL DO BRASIL

- 1.14. Permanência hospitalar após alta médica;
- 1.15. Vacinas, com exceção das hipossensibilizantes e daquelas que façam parte de campanha específica preventiva adotada pelo Programa;
- 1.16. Internações cujos serviços prestados não guardam relação com a justificativa médica apresentada na solicitação da internação que serviu de base para sua autorização e internações solicitadas como de urgência/emergência, sem sua caracterização comprovada pelos serviços prestados;
- 1.17. Adoçante de qualquer natureza e produtos dietéticos, alimentos, suplementos ou nutrientes alimentares, florais, chás e geleia real;
- 1.18. Anorexígenos;
- 1.19. Anticoncepcionais;
- 1.20. Aplicação de injeções, seringas e agulhas realizadas fora de ambiente clínico- hospitalar;
- 1.21. Assistência escolar ou pedagógica;
- 1.22. Ataduras, se não integrantes de ato médico, bem como medicamentos e materiais de uso médico tais como gases, algodão, antissépticos, esparadrapos, analgésicos, etc. que se destinem à manutenção de farmácias domésticas;
- 1.23. Avaliação clínica laboratorial e radiológica sem finalidade de diagnóstico ou tratamento, tais como: exame pré-nupcial, exame para instruir processo judicial de qualquer natureza ou investigação médico-legal, como exames de DNA para fins de investigação de paternidade, entre outros;
- 1.24. Check-up;
- 1.25. Colchões ortopédicos ou magnetizados e semelhantes, mesmo em decorrência de prescrição médica, por exemplo, Kenko-Patto;
- 1.26. Consertos de aparelhos auditivos, bem como despesas relativas à troca de pilhas ou baterias;
- 1.27. Cosméticos em geral, fármacos com finalidade cosmética tais como cremes, pomadas, loções, soluções, xampus, filtros solares, hidratantes, adstringentes, anorexígenos, etc., mesmo com prescrição médica;
- 1.28. Despesas com acomodação residencial, alimentação e cuidados pessoais em casos crônicos, mesmo em instituições especializadas que prestem assistência de natureza ambulatorial;
- 1.29. Despesas com internações que não tenham finalidade terapêutica, inclusive aquelas realizadas em entidades ou instituições geriátricas;
- 1.30. Despesas de acompanhantes, com exceção de internação hospitalar, observado o disposto no item 1.8 do Anexo 5 do Regulamento do PASBC (BC Saúde);
- 1.31. Despesas extras de internações, tais como telefonemas, refeições de acompanhante, exceto nos casos previstos em lei, bebidas, locação de televisor, DVDs, etc., e outras despesas de caráter pessoal ou particular;



BANCO CENTRAL DO BRASIL

- 1.32. Facetas em resina em dentes posteriores e substituições de restaurações por motivos estéticos;
- 1.33. Ginástica, hidroginástica e outras atividades desportivas;
- 1.34. Inaladores, umidificadores e vaporizadores;
- 1.35. Armações e lentes convencionais para óculos, bem como lentes de contato, com finalidade estética ou corretora, mesmo com prescrição médica, bem como soro fisiológico e outros produtos para limpeza e conservação de lentes de contato;
- 1.36. Massoterapia (massagens em geral), exceto nos casos de massoterapia terapêutica para portadores de necessidades especiais;
- 1.37. Medicamentos de distribuição gratuita pela rede pública, exceto se não houver disponibilidade comprovada na rede pública no momento do tratamento;
- 1.38. Medicamentos e tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais ou que ainda não tenham respaldo de organismos oficiais;
- 1.39. Medicamentos para calvície, tópicos ou sistêmicos, tais como Neoxidil, Regaine, Propercia, Finalope, Nasterid, para disfunção erétil ou para emagrecimento, independentemente do modo de ação, tais como Xenical, Plenty, Reductil, Dualid S, Triac;
- 1.40. Meias, cintas e calças elásticas, bem como objetos e produtos de uso pessoal e higiene, inclusive fraldas utilizadas fora das internações;
- 1.41. Práticas proibidas pelo CFM no exercício da medicina, conforme o art. 6º da Resolução CFM nº 2.004, de 8 de novembro de 2012:
- a) megadoses de vitaminas, proteínas, sais minerais e lipídios;
 - b) antioxidantes para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças agudas;
 - c) quaisquer terapias antienvhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas, exceto nas situações de deficiências diagnosticadas cuja reposição mostra evidências de benefícios cientificamente comprovados;
 - d) EDTA (ácido etilenodiaminotetracético) para remoção de metais tóxicos fora do contexto das intoxicações agudas e crônicas;
 - e) EDTA (ácido etilenodiaminotetracético) e a procaína como terapia antienvhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;
 - f) análise do tecido capilar fora do contexto do diagnóstico de contaminação e/ou intoxicação por metais tóxicos;
 - g) antioxidantes que interfiram no mecanismo de ação da quimioterapia e da radioterapia no tratamento de pacientes com câncer;
- 1.42. Procedimentos não constantes das tabelas adotadas pelo PASBC (BC Saúde);
- 1.43. Produtos odontológicos ou para higienização dentária, tais como fluordente, evidenciadores de placas, fios dentais, cremes e outros;
- 1.44. Reflexologia (psicotron, psicorelax, neurotron, hipnotiva, etc.);



BANCO CENTRAL DO BRASIL

1.45. Reversão de esterilizações voluntárias, exceto recanalização tubária, se autorizada após perícia prévia.

ANEXO 3 - DECLARAÇÃO PARA FINS DE CONTRATAÇÃO

Razão Social	
CNPJ	

1. Declaramos sob as penas da lei que:

I. integram o nosso quadro societário ou diretoria, com poder de decisão:

Nome	CPF	Cargo
Nome do representante legal		Representante Legal

II. temos ciência de que não é permitida a contratação se presentes as vedações do art. 14 da Lei nº 14.133/2021;

...

III - pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

IV - aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, devendo essa proibição constar expressamente do edital de licitação;

...

VI - pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista.

III. temos ciência de que não é permitido alocar, para execução dos serviços, familiares (cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau) de servidor do Banco Central do Brasil que exerça cargo em comissão ou função de confiança. (Decreto nº 7.203, de 4 de junho de 2010, art. 3º, caput, e art. 7º);

IV. temos ciência de que não é permitida a contratação caso esteja em vigor sanção impeditiva, tais como as sanções da Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, art. 22,



BANCO CENTRAL DO BRASIL

inciso III; do Decreto nº 6.514, de 22 de julho de 2008, art. 20, inciso V; da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, arts. 5º e 19; da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, art. 12; e da Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011, art. 38, inciso II;

V. temos ciência da vedação de ex-servidores do Banco Central do Brasil, que tenham sido dispensados, exonerados, destituídos, demitidos ou aposentados de cargos da autarquia há menos de seis meses, para firmar contratos, ainda que indiretamente, com a referida autarquia, salvo autorização da Comissão de Ética Pública ou da Controladoria-Geral da União (Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013, art. 6º, inciso II, alínea “c”);

VI. temos ciência de que a autarquia poderá ser impedida de efetuar o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, inclusive consultoria, assistência técnica ou assemelhados, por força de proibição legal, como ocorre normalmente nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), se a contratada for empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do Banco Central do Brasil (Na LDO de 2023, Lei nº 14.436, de 9 de agosto de 2022, essa vedação consta do art. 18, XI);

VII. temos ciência de que é de nossa exclusiva responsabilidade a quitação dos encargos trabalhistas e sociais decorrentes do contrato aqui identificado (Decreto nº 9.507, de 21.9.2018, art. 8º, inciso I);

VIII. temos ciência de nosso dever de empreender os melhores esforços para que a contratação não incida em nenhuma das vedações acima, bem como de nosso dever de levar ao conhecimento do Banco Central do Brasil situações que possam gerar dúvidas quanto à incidência dessas vedações; e

IX. temos ciência de nossa responsabilidade em adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais sob nossa tutela de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, art. 46 – Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD).

Assinado digitalmente

Representante legal

Importante:

(1) Esta declaração deve ser apresentada por ocasião da assinatura do termo de credenciamento, de eventuais prorrogações e sempre que houver alteração em relação à declaração anterior.

(2) Nas prorrogações, é necessário apresentar cópia do contrato social, caso tenha alterações em relação àquele encaminhado anteriormente ao Banco Central.

(3) O(s) declarante(s) deve(m) ser integrante(s) do quadro societário relacionado no inciso I



BANCO CENTRAL DO BRASIL

ANEXO 4 - TERMO DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO – TCMS

Razão social – em negrito, perante o Banco Central do Brasil, declaro ter ciência inequívoca da legislação sobre o tratamento de informação classificada cuja divulgação possa causar risco ou dano à segurança da sociedade ou do Estado, e me comprometo a guardar o sigilo necessário, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e a:

- a) tratar as informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou os materiais de acesso restrito que me forem fornecidos pelo Banco Central e preservar o seu sigilo, de acordo com a legislação vigente;
- b) preservar o conteúdo das informações classificadas em qualquer grau de sigilo, ou dos materiais de acesso restrito, sem divulgá-lo a terceiros;
- c) não praticar quaisquer atos que possam afetar o sigilo ou a integridade das informações classificadas em qualquer grau de sigilo, ou dos materiais de acesso restrito; e
- d) não copiar ou reproduzir, por qualquer meio ou modo: (i) informações classificadas em qualquer grau de sigilo; e (ii) informações relativas aos materiais de acesso restrito do Banco Central, salvo autorização da autoridade competente.

Assinado digitalmente

Representante Legal



BCSaúde

Tabela de Credenciados Atenção e Internação Domiciliar BC Saúde

Agosto/2025



Sumário

I.	Disposições Gerais	4
II.	Atendimento especializado domiciliar.....	8
III.	Enfermagem Domiciliar	10
IV.	Pacotes de Enfermagem Domiciliar	11
V.	Terapias de Suporte Domiciliar	14
VI.	Internação Domiciliar.....	16
VII.	Remoções.....	19



Apresentação

A Tabela de Atenção Domiciliar (AD) do BC Saúde contempla todos os serviços passíveis de cobertura a seus beneficiários, garantindo a prestação de cuidados à saúde em domicílio. Esse modelo de assistência abrange um conjunto de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças, buscando a continuidade do cuidado e sua integração às demais assistências oferecidas pelo Programa.

Os valores desta tabela se aplicam ao custeio de despesas com atendimentos realizados por profissionais ou por entidades credenciadas referentes a serviços de Atenção Domiciliar.

A presente tabela será periodicamente revisada para garantir a atualização dos valores e dos serviços oferecidos, alinhando-se às boas práticas clínicas e aos normativos vigentes. Qualquer adequação nos itens cobertos estará condicionada à observação das regras aplicáveis e à avaliação técnica dos casos concretos.

A versão atualizada desta tabela é disponibilizada aos credenciados na área restrita do Portal BC Saúde (<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/bcsaude>), local em que também é possível o envio eletrônico de faturas. Informações gerais sobre o Programa, incluindo contatos de atendimento, constam na área pública do Portal.

I. Disposições Gerais

a. Concessão de assistências de atenção domiciliar

As concessões envolvendo atenção domiciliar serão baseadas neste documento e nas regras vigentes presentes no Regulamento do BC Saúde e nas normas complementares, inclusive no Manual do Prestador, no que couber. A atenção domiciliar oferecida pelo BC Saúde contempla diferentes modalidades de assistência, concedidas conforme os critérios técnicos de cobertura.

1. As solicitações de atenção domiciliar devem ser enviadas ao e-mail institucional bcsaude.beneficios@bcb.gov.br e serão analisadas em até 15 (quinze) dias úteis, contados a partir do recebimento completo da documentação exigida.
2. A formalização da solicitação deve seguir orientações específicas, conforme a modalidade requerida. Em geral, pedidos iniciais e aditivos subsequentes de atenção domiciliar devem ser encaminhados por e-mail. Para Internação Domiciliar (ID), a solicitação inicial deve ser realizada via e-mail, porém os pedidos de aditivos posteriores deverão ser formalizados exclusivamente por meio do sistema Mapa (<https://www3.bcb.gov.br/pasbcmapa>).
3. Compete ao credenciado realizar a avaliação do beneficiário no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis após o recebimento da notificação do Programa, seja ainda durante a internação hospitalar ou já em domicílio. A partir dessa avaliação, deverá ser elaborado o Relatório de Programação Assistencial, documento que evidenciará se o prestador dispõe de estrutura física, suporte técnico e equipe multiprofissional adequados para atender às necessidades clínicas do beneficiário.
4. O Relatório de Programação Assistencial deverá ser encaminhado ao BC Saúde por e-mail. O Programa poderá, sempre que necessário, discutir e ajustar o plano assistencial proposto, conforme os parâmetros técnicos, assistenciais e administrativos vigentes.
5. A concessão das assistências domiciliares está condicionada à autorização prévia, com validade máxima de 180 (cento e oitenta) dias, podendo esse prazo ser ajustado conforme a complexidade do caso e a avaliação técnica realizada. A atenção domiciliar deverá ser implantada em até 1 dia útil após a emissão da autorização. Em situações excepcionais que inviabilizem o cumprimento desse prazo, o prestador deverá apresentar justificativa formal, devidamente fundamentada, solicitando a prorrogação do período para implantação, que será avaliada pelo componente interno.

b. Alterações e renovações de concessões de atenção domiciliar

1. A solicitação de inclusão de procedimentos não contemplados na autorização inicial ou na renovação deverá ser formalizada por meio de aditivo circunstanciado, a ser encaminhado pelo prestador ao BC Saúde. No caso de internação domiciliar, o aditivo deverá ser encaminhado exclusivamente por meio do sistema Mapa (<https://www3.bcb.gov.br/pasbcmapa>).
2. As solicitações de renovação dos serviços de atenção domiciliar deverão ser protocoladas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data de vencimento da autorização vigente, a fim de garantir a continuidade assistencial e o tempo hábil para análise técnica.

3. O pedido de renovação deverá ser encaminhado ao BC Saúde por meio de relatório médico circunstanciado, elaborado pelo médico assistente, seja este profissional particular do beneficiário ou integrante da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do credenciado.

4. Para renovação, o relatório deverá conter a identificação do médico solicitante e a indicação expressa da necessidade de continuidade da atenção domiciliar, incluindo o diagnóstico clínico atualizado da enfermidade, a justificativa técnica para a manutenção da assistência, o prazo estimado para utilização do serviço, bem como a descrição da quantidade e da periodicidade dos atendimentos propostos. O relatório será considerado válido por até 30 (trinta) dias, a contar da data de emissão.

5. A ausência de documentação adequada ou o envio fora do prazo poderá implicar a suspensão temporária da atenção domiciliar até que o processo de renovação seja devidamente regularizado.

6. Nos casos de suspensão da atenção domiciliar por motivo de internação hospitalar, o prestador deverá proceder com a readmissão do beneficiário na residência sem necessidade de nova autorização, desde que o perfil clínico e as condições da concessão domiciliar anterior permaneçam inalterados. No entanto, havendo qualquer modificação no quadro clínico ou na proposta assistencial, será obrigatória a realização de nova avaliação pericial, a fim de validar a pertinência da continuidade do cuidado em atenção domiciliar.

c. Faturamento de concessões de atenção domiciliar

1. Para fins de faturamento, é obrigatório a apresentação da guia SADT devidamente assinado pelo profissional responsável e pelo beneficiário ou por seu representante legal, contendo a data de realização e a autorização do procedimento.

2. É obrigatória a apresentação de prontuário completo, contendo evoluções e/ou relatórios da equipe multiprofissional, para todas as contas que envolvam os casos abaixo relacionados, as quais serão, necessariamente, submetidas à auditoria in loco:

- a) internação domiciliar; e
- b) demais assistências domiciliares com utilização de materiais e de medicamentos, ainda que em formato de pacote.

d. Faturamento de materiais e medicamentos utilizados em atenção domiciliar

1. Conforme Seção VI – Internação Domiciliar, todos os materiais, exceto OPMEs e os necessários para Terapia por Pressão Negativa já estão incluídos nos pacotes apresentados. Os medicamentos cujos custos unitários sejam de até R\$ 200,00 também já estão incluídos nos valores das diárias.

2. Para fins de definição e de pagamento de medicamentos utilizados em atenção domiciliar, será adotada como referência a tabela Brasíndice Preço de Fábrica (PF) para medicamentos restritos hospitalares e a tabela Brasíndice Preço de Fábrica (PF) com inflator de 15% para os demais medicamentos, vigente na data do atendimento, desde que os itens não estejam incluídos em pacotes previamente contratados. A utilização de medicamentos deve priorizar os genéricos.

3. Na ausência do item na tabela Brasíndice, será admitida a utilização da tabela Simpro com deflator de 20%.
4. O pagamento dos medicamentos será realizado com base em evidência de uso registrada em prontuário, sendo que aqueles classificados como de uso restrito hospitalar serão remunerados pelo Preço de Fábrica (PF).
5. Para materiais descartáveis, a tabela de referência será a Simpro vigente na data do atendimento, com aplicação de deflator de 20% sobre o valor apresentado, desde que os itens não estejam incluídos em pacotes contratados.
6. Caso o material não esteja listado na Simpro, poderá ser adotada, de forma complementar, a tabela Brasíndice.
7. Na hipótese de itens descontinuados pelo fabricante, o pagamento será efetuado com base no valor da última publicação disponível nas tabelas Simpro e Brasíndice. Caso o item não esteja presente em nenhuma das publicações, será necessário notificar o BC Saúde previamente ao uso para verificação. A remuneração será considerada com base no valor autorizado pelo Programa, acrescido de 15%, a título de taxa de comercialização.
8. A entrega de materiais fornecidos pela empresa aos familiares ou aos cuidadores, seja no contexto do pacote de dietoterapia ou no fornecimento prévio de insumos destinados à administração de medicações intravenosas, deverá ser devidamente formalizada por meio de recibo assinado. Esse documento deve conter, obrigatoriamente, o nome do responsável pelo recebimento, a data da entrega, bem como a quantidade e a descrição dos materiais envolvidos. Ele deverá ser arquivado e mantido à disposição para apresentação aos auditores, sempre que solicitado.

e. Casos de urgência/emergência e de atendimento imediato.

1. Em situações emergenciais, quando houver risco iminente de agravamento do estado clínico do beneficiário em regime de internação domiciliar, serão admitidos, sem autorização prévia, procedimentos ou administração de medicações, inclusive de alto custo, bem como outros atendimentos necessários para estabilidade do quadro.
2. Nesses casos, será obrigatória a apresentação de justificativa médica detalhada, acompanhada de relatório circunstanciado, a ser encaminhado ao BC Saúde no prazo máximo de 10 (dez) dias, para análise e deliberação quanto à aprovação do atendimento realizado.

f. Alta ou suspensão da atenção domiciliar

1. O término da prestação de qualquer assistência domiciliar deve ocorrer por meio da formalização da alta domiciliar, a qual pode ser motivada por diferentes razões, tais como melhora clínica do beneficiário, ocorrência de óbito, necessidade de reinternação hospitalar, decisão administrativa ou solicitação expressa do próprio beneficiário ou de seus familiares.
2. Independentemente do motivo que justifique a alta, é imprescindível que o BC Saúde seja devidamente notificado de forma tempestiva e documentada, em até 2 dias úteis, por meio de mensagem encaminhada ao bcsaude.beneficios@bcb.gov.br, para fins de encerramento do serviço e/ou atualização dos registros assistenciais e administrativos pertinentes.

g. Responsabilidade em caso de evento adverso



1. A identificação de qualquer evento adverso durante a assistência domiciliar exige apuração rigorosa, documentação do fato, medidas corretivas e, quando necessário, revisão dos processos assistenciais. A notificação deve seguir os fluxos definidos no Manual do Prestador (Título 12) - Eventos Adversos (EA).

II. Atendimento especializado domiciliar

Codificação	Descrição	Tipo	Valor
Atendimento especializado domiciliar			
1.01.01.020	Consulta domiciliar – médico assistente	Consulta	R\$ 300,00
1.01.01.020.01	Consulta domiciliar – Urgência ou emergência	Consulta	R\$ 400,00
1.01.01.020.02	Consulta domiciliar - Especialista	Consulta	R\$ 400,00
5.00.00.063	Consulta domiciliar em terapia ocupacional	Consulta	R\$ 110,00
5.00.00.241	Consulta domiciliar em fisioterapia	Consulta	R\$ 110,00
5.00.00.578	Consulta domiciliar por nutricionista	Consulta	R\$ 105,00
5.00.00.594	Consulta domiciliar de fonoaudiologia	Consulta	R\$ 110,00
6.00.50.098	Sessão individual domiciliar de psicoterapia	Sessão	R\$ 110,00
6.00.60.026	Sessão domiciliar de acupuntura	Sessão	R\$ 110,00
6.00.30.186	Sessão domiciliar de psicomotricidade	Sessão	R\$ 100,00

1. O atendimento especializado domiciliar compreende a assistência de profissionais especialistas, conforme a necessidade clínica do beneficiário, em regime domiciliar. Além de atendimento médico em domicílio, abrange a atuação de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, entre outros, conforme as necessidades clínicas específicas e a concessão emitida.

2. Os atendimentos especializados realizados em domicílio serão autorizados quando, comprovadamente, não for possível o deslocamento do beneficiário até o consultório ou a unidade ambulatorial. A autorização está condicionada à apresentação de relatório médico contendo justificativa técnica que comprove a impossibilidade ou a contraindicação de locomoção, bem como a necessidade de acompanhamento ou de intervenção no domicílio.

3. Os atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição deverão ter duração mínima conforme orientação do conselho de classe de cada especialidade.

4. A consulta com o médico assistente, que é o responsável pelo acompanhamento do estado clínico do beneficiário, será valorada pelo código 1.01.01.020. Para casos em que seja necessária a participação eventual de especialista, a valoração aplicada será a da codificação 1.01.01.020-02, sendo vedada a cobrança desse código quando o médico assistente for o mesmo profissional que atua como especialista, uma vez que se trata de um único vínculo assistencial. A duplicidade de cobrança desses códigos também não será permitida, mesmo que o atendimento envolva aspectos especializados.

5. Será caracterizada como consulta de urgência ou de emergência (código 1.01.01.020-01), exclusivamente para pacientes sob o regime de internação domiciliar, o atendimento médico realizado em situações que demandem intervenção mediata ou imediata, diante do risco potencial de agravamento do quadro clínico do beneficiário. Tal atendimento deve ocorrer quando houver a possibilidade de evitar a remoção do paciente para ambiente hospitalar, sem prejuízo do seu estado clínico, garantindo a assistência em tempo oportuno no próprio domicílio. A consulta de emergência poderá ser realizada sem autorização prévia, desde que, obrigatoriamente, seja solicitada autorização posterior no prazo máximo de 10 (dez) dias, acompanhada de relatório circunstanciado que justifique a urgência ou a



emergência e detalhe a situação clínica que motivou o atendimento. A autorização estará condicionada à pertinência da justificativa apresentada, a qual será submetida à avaliação da auditoria técnica do BC Saúde.

6. O atendimento de fisioterapia domiciliar (código 5.00.00.241) abrange intervenções terapêuticas voltadas à reabilitação e à recuperação funcional, podendo contemplar demandas de natureza motora, respiratória, pélvica, cardíaca ou neurológica, conforme avaliação funcional e plano terapêutico individualizado.

7. Serão aceitas prescrições de atendimentos de fonoaudiologia (código 5.00.00.594) por dentistas, desde que haja justificativa sobre o auxílio esperado que o tratamento trará ao odontológico.

III. Enfermagem Domiciliar

Codificação	Descrição	Tipo	Valor
Enfermagem domiciliar			
5.00.00.535	Consulta domiciliar de enfermagem	Consulta	R\$ 110,00
6.00.34.459	Taxa de auxiliar/técnico de enfermagem no domicílio turno de até 6 horas	Diária	R\$130,00

1. A assistência de enfermagem domiciliar objetiva a manutenção da saúde, a prevenção de agravos e a execução de procedimentos eventuais conforme plano terapêutico individualizado. Poderá ser concedida nos casos em que o beneficiário apresente necessidade de cuidados pontuais que exijam a atuação exclusiva de profissional da área de saúde habilitado, como enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, conforme norma vigente.
2. O atendimento de enfermagem (código 5.00.00.535) será autorizado para beneficiários que necessitam de cuidado específico e individualizado em domicílio, quando houver necessidade do enfermeiro, de acompanhamento ou intervenção for justificada e autorizada.
3. O código 6.00.34.459 será utilizado exclusivamente para treinamento de cuidador, pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias, com carga horária de até 6 (seis) horas diárias por turno. O treinamento deve ser voltado às práticas de cuidado específicas necessárias à manutenção da assistência domiciliar, conforme plano terapêutico e complexidade do quadro clínico.
4. A depender do tipo de cuidado envolvido na consulta de enfermagem domiciliar, é possível a adoção de pacotes específicos, previstos no próximo capítulo.

IV. Pacotes de Enfermagem Domiciliar

a) Pacote de enfermagem domiciliar (exceto curativos de terapia de pressão negativa)

Codificação	Descrição	Tipo	Valor
Enfermagem domiciliar			
60.02.0008.01	Pacote de enfermagem domiciliar	Pacote	R\$ 165,00

Recursos incluídos:

- Equipe profissional (técnicos de enfermagem, enfermeiro e enfermeiro estomaterapeuta, conforme necessidade);
- Equipamentos inerentes aos procedimentos;
- Materiais, soluções e taxas inerentes aos procedimentos; e
- Coleta de lixo hospitalar.

Não inclui: curativos de terapia de pressão negativa, medicamentos e coberturas.

O pacote é aplicável, de forma geral, aos seguintes procedimentos e àqueles de complexidade semelhante: administração de medicamentos, punções, salinização de cateter totalmente implantável, instalação de nutrição parenteral total (NPT) e realização de curativos de qualquer grau de complexidade, incluindo aqueles envolvendo troca de acesso central, exceto os relacionados à terapia de pressão negativa, para os quais há pacote específico.

1. No valor do pacote de enfermagem domiciliar, considera-se incluído o deslocamento do profissional responsável pela execução da assistência, independentemente do seu grau de qualificação, observando-se os critérios de alocação técnica conforme a natureza do procedimento a ser realizado.

2. Destaca-se que determinados procedimentos, em razão de complexidade e de regulamentação específica, devem ser, obrigatoriamente, executados por enfermeiros legalmente habilitados, conforme as competências definidas na legislação profissional vigente.

3. A valoração dos medicamentos administrados em domicílio, no âmbito da modalidade de assistência domiciliar, não está incluída no pacote de atendimento e será remunerada de acordo com as orientações presentes nesta tabela.

Independentemente da quantidade de procedimentos ou de medicações a ser administrada em um mesmo horário, só será autorizado um único pacote referente ao deslocamento.

4. Estão compreendidos no pacote assistencial de enfermagem domiciliar equipamentos, materiais e soluções utilizados durante os atendimentos, não sendo permitida a cobrança isolada ou adicional por esses insumos, exceto em casos específicos, como curativos complexos ou medicamentos. Antibióticos por via oral, independentemente do valor, são cobertos apenas para beneficiários em regime de internação domiciliar.

5. O pacote pode ser autorizado para mais de um atendimento por dia, de acordo com a necessidade assistencial e com a prescrição médica justificada.

b) Pacote de terapia por pressão negativa -TPN

Pacote de terapia por pressão negativa		
Codificação	Descrição	Valor
2.01.04.448.01	Terapia por pressão negativa. P	R\$ 2.350,00
2.01.04.448.02	Terapia por pressão negativa. M	R\$ 2.640,00
2.01.04.448.03	Terapia por pressão negativa. G	R\$ 3.900,00
7.82.09.633.01	Coletores para vácuo P*	R\$ 1.900,00
7.82.09.633.02	Coletores para vácuo M*	R\$2.050,00
7.82.09.633.02	Coletores para vácuo G*	R\$3.225,00

* Cobrança a partir da 1ª troca

1. O pacote domiciliar de curativo a vácuo (Terapia por Pressão Negativa – TPN) contempla tanto a implantação do curativo no domicílio quanto as trocas subsequentes do sistema de pressão negativa, conforme indicação clínica e plano terapêutico individualizado. Além dos insumos necessários para realização da troca ou da implantação, estão incluídos no pacote o deslocamento do profissional e a execução do curativo.
2. Na implantação inicial, estão compreendidas as etapas de avaliação técnica da ferida, preparo do leito, instalação do sistema de TPN e vedação adequada do curativo. As trocas periódicas incluem a remoção do sistema anterior, limpeza da lesão e reaplicação completa dos componentes, com nova selagem, conforme a técnica preconizada.
3. O valor do pacote inclui todos os insumos necessários para a realização da terapia, tais como: espuma estéril compatível com o tipo de ferida, filme transparente autoadesivo, conector, válvula de exaustão, frasco coletor de secreções e, de forma expressa, o fornecimento e o uso do sistema de vácuo (bomba).
4. Havendo necessidade de troca do reservatório, o credenciado deverá encaminhar aditivo contratual, acompanhado de justificativa clínica e das mensurações que fundamentem a escolha do tamanho (P, M ou G) mais adequado.
5. Independentemente do tipo de espuma utilizada, a escolha será feita conforme a necessidade do quadro clínico, após avaliação do profissional executante e indicação médica, estando todos os tipos contemplados no pacote. Portanto, não será admitida cobrança adicional por materiais, acessórios ou equipamentos necessários à execução do procedimento, uma vez que estão integralmente incluídos no escopo do pacote contratado.
6. O pacote em questão poderá ser utilizado em qualquer tipo de assistência domiciliar, inclusive nos casos de internação.

c) Pacotes de procedimentos, eventos específicos em Atenção Domiciliar

Procedimentos, eventos específicos em atenção domiciliar			
Código	Descrição	Fator de pagamento	Valor
4.02.02.534.01	Passagem de sonda nasoenteral/nasogástrica	Procedimento	R\$ 180,00
6.00.28.890.01	Troca de sonda de gastrostomia e bottom gástrico	Procedimento	R\$ 300,00
6.00.23.660.01	Passagem de sonda vesical (alívio/demora)	Procedimento	R\$ 150,00
6.00.28.815.01	Punção venosa periférica profunda (PICC)	Procedimento	R\$ 2.400,00
6.00.27.630.01	Raio-X domiciliar	Procedimento	R\$ 250,00
4.01.03.170.01	ECG domiciliar	Procedimento	R\$ 110,00
6.00.23.775.01	Troca de cânula de traqueostomia	Procedimento	R\$ 320,00

1. Os procedimentos contemplam todos os materiais e os insumos necessários à execução, incluindo o deslocamento do profissional até o domicílio e a realização do atendimento conforme indicação clínica e prescrição médica.
2. No âmbito do pacote, encontram-se incluídos os itens de uso habitual, considerados padrão para a técnica assistencial. Nos casos específicos em que houver necessidade de utilização de materiais não convencionais (por condição clínica particular do beneficiário), será obrigatória a apresentação de justificativa técnica circunstanciada, acompanhada de três orçamentos dos materiais propostos, para análise prévia da auditoria técnica.
3. O pacote em questão poderá ser utilizado em qualquer tipo de assistência domiciliar, inclusive nos casos de internação. Poderá ser cobrado de forma concomitante à ID apenas quando envolver procedimentos exclusivos do enfermeiro, não passíveis de execução por técnico de enfermagem.

V. Terapias de Suporte Domiciliar

1. Compreende procedimentos terapêuticos essenciais, como dietoterapia e oxigenoterapia, voltados a beneficiários cujo quadro clínico não demanda presença contínua de profissionais de saúde. Essas terapias visam garantir a continuidade e a eficácia do tratamento em ambiente domiciliar.
2. A concessão das terapias poderá ocorrer de forma concomitante com quaisquer outras assistências domiciliares concedidas pelo BC Saúde, tais como atendimento especializado, enfermagem domiciliar, cuidador ou internação domiciliar.

a) Assistência nutricional domiciliar (alimentação enteral)

Pacote Assistência Nutricional Domiciliar			
Código	Descrição	Valor diário	Valor mensal
80.04.1949.01	Terapia nutricional (sistema aberto)	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
Recursos incluídos: - Dietas: todas as dietas enterais de sistema aberto, suplementos, probióticos e espessantes; e - Materiais/equipamentos: todo e qualquer item necessário para a administração, incluindo insumos, acessórios, dispositivos e equipamentos correlatos.			
Código	Descrição	Valor diário	Valor mensal
80.04.1949.02	Terapia nutricional (sistema fechado)	R\$ 425,00	R\$ 12.750,00
Recursos incluídos: - Dietas: todas as dietas enterais de sistema fechado, suplementos, probióticos e espessantes; e Materiais /equipamentos: todo e qualquer item necessário para a administração, incluindo insumos, acessórios, dispositivos e equipamentos correlatos.			

1. O fornecimento de alimentação enteral será autorizado exclusivamente mediante apresentação de prescrição médica acompanhada de relatório circunstanciado que justifique a necessidade da terapia nutricional. A solicitação somente para suplementação nutricional não será autorizada, uma vez que suplementos, espessantes, probióticos e demais insumos estão incluídos no pacote da dietoterapia.
2. A cobrança do pacote de dietoterapia pode ser realizada de forma concomitante ao de internação domiciliar, independentemente do tipo de diária envolvida, já que o fornecimento de assistência nutricional domiciliar não está incluído nos pacotes de internação.
3. As dietas enterais serão remuneradas conforme o modelo de fornecimento (sistema aberto ou sistema fechado), de acordo com os valores previamente estabelecidos.
4. O pagamento será realizado com base nas evidências registradas em prontuário que comprovem a efetiva utilização da dieta.

b) Oxigenoterapia

Pacote de oxigenoterapia domiciliar			
Código	Descrição	Valor diário	Valor mensal
60026391.01	(P01) Oxigenoterapia domiciliar concentrador de O ₂ (diária)	R\$ 55,00	R\$ 1.650,00
O pacote de oxigenoterapia domiciliar é composto pelo conjunto completo de equipamentos, acessórios, insumos e taxas necessários para a sua administração, incluindo cilindro ou concentrador de oxigênio, materiais de conexão, monitorização e transporte, bem como recarga do cilindro de suporte emergencial (SOS).			

1. O benefício de oxigenoterapia domiciliar pode ser concedido a beneficiários que apresentem prescrição e relatório circunstanciado emitido pelo médico assistente justificando a sua necessidade.
2. O pacote de oxigenoterapia domiciliar contempla o fornecimento do concentrador de oxigênio (O₂) como recurso prioritário para administração da terapia. Ressalta-se que o cilindro portátil (bala de oxigênio) será disponibilizado ao domicílio e é pertinente sua utilização somente como medida de suporte emergencial (SOS), nas seguintes situações:
 - Quando o concentrador se mostrar insuficiente para atender à prescrição médica; ou
 - Em casos de interrupção do fornecimento de energia elétrica.
3. O controle do uso do cilindro de oxigênio fornecido como suporte emergencial (SOS) é de responsabilidade do credenciado, devendo ser realizado em conjunto com o beneficiário.
4. A cobrança do pacote de oxigenoterapia poderá ser realizada concomitantemente com as de internação domiciliar, desde que o beneficiário não esteja em ventilação mecânica, uma vez que o fornecimento de oxigênio não está contemplado nas coberturas das diárias padrão de internação domiciliar. Entretanto, é vedada a autorização simultânea do pacote de oxigenoterapia com os de internação que envolvam ventilação mecânica, a fim de evitar sobreposição de serviços e assegurar a adequada segmentação dos recursos assistenciais.
5. Nos casos em que o beneficiário está em fase de desmame da ventilação mecânica, poderá ser autorizada, de forma excepcional e justificada, a concessão simultânea da diária de internação com ventilação mecânica e do pacote de oxigenoterapia. Essa medida visa assegurar a continuidade e a segurança do tratamento, respeitando a transição gradual entre os recursos terapêuticos utilizados no suporte respiratório.
6. No âmbito da assistência prestada por meio do pacote de oxigenoterapia domiciliar, caberá ao credenciado assegurar a execução e a qualidade das seguintes responsabilidades: capacitação contínua do beneficiário e de seus cuidadores quanto ao uso correto e seguro dos equipamentos; orientação sobre o armazenamento adequado do oxigênio medicinal; implementação de procedimentos de segurança e de condutas em situações de emergência; bem como realização de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos fornecidos, incluindo avaliações periódicas das condições de funcionamento e substituições, quando necessário.
7. Ressalta-se que é terminantemente proibido realizar o abastecimento de cilindros de gases medicinais no domicílio do beneficiário.

VI. Internação Domiciliar

Diárias Globais		
Código	Descrição	Valor diária
80.01.2507.01	Diária internação domiciliar – turno de 6 horas	R\$ 520,00
80.01.2507.02	Diária internação pediátrica domiciliar – turno de 6 horas	R\$ 570,00
80.01.2507.03	Diária internação domiciliar – turno de 12 horas	R\$ 655,00
80.01.2507.04	Diária internação pediátrica domiciliar – turno de 12 horas	R\$ 760,00
80.01.2507.05	Diária internação domiciliar- turno de 24 horas	R\$ 1.045,00
80.01.2507.06	Diária internação domiciliar- turno de 24 horas com ventilação mecânica	R\$ 1.190,00
80.01.2507.07	Diária internação pediátrica domiciliar- turno 24 horas	R\$ 1.360,00
80.01.2507.08	Diária internação pediátrica domiciliar - turno 24 horas com ventilação mecânica	R\$ 1.540,00

Composição das diárias de internação domiciliar (válido para qualquer codificação de diária)

Serviços incluídos

- I. Plantão do técnico de enfermagem de acordo com o pacote correspondente: inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do beneficiário, conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE.
- II. Gerenciamento de enfermagem do caso: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE; gerenciamento de feridas (Estomaterapeuta) e prevenção de infecção.
- III. Central de atendimento à disposição 24 horas/dia para:
- Contato e discussão dos casos com a equipe médica assistente;
 - Direcionar chamados de urgência e de emergência;
 - Dúvidas e orientações;
 - Fornecimento de prescrição médica e de prontuário do beneficiário no domicílio;
 - Gerenciamento e agendamento de exames domiciliares necessários;
 - Gerenciamento e agendamento do uso de ambulâncias;
 - Gerenciamento e controle de outros serviços necessários a cada caso (fisioterapia, fonoterapia, psicologia, nutrição); e
 - Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e de medicamentos.

Equipamentos incluídos

O pacote contempla o fornecimento completo de mobiliários, cama elétrica, equipamentos como CPAP, BIPAP e Cough Assist, entre outros dispositivos de apoio essencial à assistência domiciliar, incluindo itens de suporte respiratório, monitorização, locomoção, higiene, segurança e administração de cuidados.

Materiais, medicamentos e gases medicinais incluídos

O pacote contempla todos os insumos e os dispositivos necessários à assistência domiciliar, incluindo todos os materiais, exceto OPMEs e os materiais para Terapia de Pressão Negativa. Não são autorizadas cobranças avulsas desses itens sem respaldo nas regras previstas nesta tabela. Estão inclusos medicamentos com valor unitário por dose de administração inferior a R\$ 200,00, inclusive antibióticos.

- Os medicamentos com custo inferior a R\$ 200,00 por unidade de apresentação administrada (ex.: comprimido, ampola, frasco) estão incluídos nos pacotes de internação;
- Sempre que possível, deverá ser priorizada a utilização de medicamentos genéricos;
- Para medicamentos cujo valor por dose de administração seja igual ou superior a R\$ 200,00, será necessária a apresentação de justificativa clínica e o encaminhamento de solicitação de autorização, sendo que o faturamento estará condicionado à avaliação prévia da auditoria médica;
- A referência de preços para os medicamentos são os valores da tabela Brasíndice Preço de Fábrica (PF) para medicamentos restritos

- hospitalares e a tabela Brasíndice Preço de Fábrica (PF) com inflator de 15% para os demais medicamentos;
- e) Para itens descontinuados na tabela de referência, será considerado o valor da última publicação ou, se indisponível, o valor da nota fiscal apresentada, com acréscimo de 15% como taxa de comercialização;
 - f) Se o item não constar na tabela Brasíndice, o prestador deverá notificar previamente o BC Saúde, que avaliará a pertinência do uso. Nesses casos, a remuneração será feita com base no valor autorizado pelo Programa, acrescido de 15%, a título de taxa de comercialização;
 - g) Em caso de discordância do valor calculado para o medicamento, o prestador poderá apresentar a Nota Fiscal de aquisição para avaliação pelo programa da cobrança fora do pacote;
 - h) Para uso de OPMEs, o prestador deverá solicitar autorização prévia e apresentar, sempre que possível, pelo menos 3 (três) orçamentos. O BC Saúde também poderá negociar valor com fornecedores para faturamento em conta. Em ambos os casos, o faturamento se dará por Nota fiscal, acrescido de 15%, a título de taxa de comercialização.
 - i) O pagamento dos medicamentos e materiais não inclusos nos pacotes está condicionado à autorização prévia e evidência de uso registrada em prontuário.

Itens excluídos

O pacote não contempla dietoterapia, oxigenoterapia (exceto pacotes com ventilação mecânica), botton gástrico, troca de cânula de traqueostomia, punção venosa periférica profunda (PICC), raio-X domiciliar, ECG domiciliar, remoções com exceção da admissão, visitas de especialistas e exames complementares como os laboratoriais (via rede credenciada).

Os procedimentos citados demandam autorização prévia para sua realização e, caso concedidos, podem ser faturados separadamente do valor da diária de internação domiciliar.

Itens não cobertos

São de responsabilidade do prestador a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e materiais considerados de uso permanente.

Serviços incluídos na diária de internação domiciliar (conforme turno e tipo de diária)

Serviço	Diárias 6 h	Diárias 12 h	Diárias 24h	Diárias 24h com ventilação mecânica
Visita Médica	1 vez ao mês	Quinzenal	Semanal	Semanal
Visita Enfermeiro (Supervisão)	1 vez ao mês	Quinzenal	Semanal	Semanal
Turno de assistência técnica de enfermagem	6 horas	12 horas	24 horas	24 horas
Visita Nutricionista	1 vez ao mês	1 vez ao mês	Quinzenal	Quinzenal
Fisioterapia	Sessões até 3 vezes por semana	Sessões até 5 vezes por semana	Sessões até 7 vezes por semana	Sessões até 7 vezes por semana
Fonoaudiologia	Sessão até 2 vezes Semanal	Sessões até 3 vezes por semana	Sessões até 5 vezes por semana	Sessões até 7 vezes por semana

1. A internação domiciliar se caracteriza por um nível mais complexo de atenção, com acompanhamento multiprofissional e fornecimento de materiais e de equipamentos necessários à manutenção da terapia. É concedida a beneficiários que necessitam de atenção intensiva e especializada no domicílio como alternativa à internação hospitalar.
2. A residência destinada ao atendimento domiciliar deverá ser previamente avaliada quanto às condições de segurança, acesso, comunicação e higiene. Caso sejam identificadas inadequações, serão indicadas as melhorias necessárias ou, se for o caso, poderá ser declarada a inelegibilidade do domicílio para a prestação da assistência.
3. Quando constatada a ausência de condições ambientais para o cuidado adequado, poderá ser concedido prazo de até 7 (sete) dias, prorrogável por igual período, para que sejam realizadas as adaptações necessárias ou providenciado local apropriado para a instalação da internação domiciliar.
4. No contexto da internação domiciliar, os medicamentos cujo custo por unidade de apresentação administrada seja



inferior a R\$ 200,00 (ex.: comprimido, ampola, frasco) estão incluídos no pacote de internação.

5. Para os demais medicamentos cujo valor por dose de administração seja igual ou ultrapasse a R\$ 200,00, será necessária a apresentação de justificativa clínica e o encaminhamento de solicitação de aditivo, o faturamento estará condicionado à avaliação prévia da auditoria médica.

6. Em situações de urgência ou de emergência, quando a administração do medicamento se fizer necessária para evitar hospitalização ou agravamento do quadro clínico, o uso poderá ocorrer sem autorização prévia, quando exigida, inclusive para antibióticos. Nesses casos, a solicitação de autorização deverá ser apresentada ao BC Saúde em até 10 (dez) dias corridos após a administração, para análise e deliberação. O descumprimento dessa exigência poderá acarretar a negativa de pagamento do referido medicamento.

7. Para fins de classificação assistencial, considera-se beneficiário pediátrico aquele com idade inferior a 18 anos, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente.

VII. Remoções

Códigos	Descrição	Valor
80.04.9001	Remoções – sem acompanhamento médico (até 40km – ida e volta)	R\$ 800,00
80.04.3534	Remoções – com acompanhamento médico (até 40km – ida e volta)	R\$ 1.300,00
80.04.3666	Remoções – sem acompanhamento médico – km excedente	R\$ 4,00
80.04.3666-01	(P01) Remoções – com acompanhamento médico – km excedente	R\$ 6,00

1. As remoções, no contexto da atenção domiciliar, são classificadas em:

- I. Admissional de internação domiciliar (primeira remoção): incluída na diária da internação domiciliar;
- II. Admissional de demais assistências domiciliares: exige autorização prévia e justificativa detalhada;
- III. Realização de exames e consultas (eletivas) para beneficiários em internação domiciliar: exige autorização prévia e justificativa detalhada; e
- IV. Urgência e emergência na internação domiciliar: pode ser realizada sem autorização prévia, desde que a solicitação seja formalizada ao BC Saúde em até 10 dias após o atendimento.

2. No caso de remoções entre hospital/domicílio/hospital relacionadas à internação domiciliar, devem ser observadas as seguintes regras:

- a) serão cobertas exclusivamente de forma terrestre, dentro do mesmo município ou região metropolitana, exceto nos casos em que houver comprovação de indisponibilidade de atendimento na cidade de origem, ocasião em que será autorizada excepcionalmente a remoção para hospital em outro município; e
- b) será dada preferência ao credenciado responsável pela atenção domiciliar, ao qual cabe assegurar a garantia de remoção e o retorno à internação hospitalar em casos de urgência e de emergência, sempre que a condição clínica do beneficiário assim exigir, a fim de preservar a continuidade e a integralidade do cuidado.

3. Nos casos de desospitalização de beneficiários com concessão de outras assistências domiciliares que não a internação domiciliar, a cobertura da remoção do hospital para o domicílio é condicionada à avaliação técnica da inviabilidade de uso de outros meios de transporte (público ou particular), de acordo com o quadro clínico apresentado. Se esses beneficiários necessitarem retornar ao hospital devido ao agravamento do quadro clínico, tal remoção não é de responsabilidade do credenciado.

4. A quilometragem para cálculo do valor da remoção será considerada como aquela correspondente ao menor trajeto terrestre entre os pontos de origem e de destino, pelas vias normais de acesso.

5. O beneficiário deve ser removido preferencialmente para estabelecimento credenciado ao BC Saúde que já o acompanha, conforme disponibilidade de vaga, a qual deve ser confirmada pelo prestador responsável pela remoção.

(modelo timbrado da empresa)
REQUERIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

[Local, Data]

Ao Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central – PASBC,

A pessoa jurídica, abaixo identificada, vem requerer o credenciamento ao PASBC (BCSaude), declarando estar de acordo com o Edital de Credenciamento nº XXXXX/2025 do Banco Central do Brasil e seus anexos.

Seguem, em anexo, os documentos especificados no referido Edital e as informações solicitadas.

Seguem, em anexo, os documentos especificados no referido Edital e as informações solicitadas.					
IDENTIFICAÇÃO					
Razão Social					
Nome Fantasia					
CNPJ					
CNES					
Inscrição Estadual (se houver)		Inscrição Municipal (se houver)			
Número e Conselho Regional de inscrição da empresa					
Atendimentos Domiciliares		Consultas de Medicina		Consultas de Enfermagem	
		Fisioterapia		Acupuntura	
		Psicoterapia		Fonoaudiologia	
		Nutrição		Psicomotricidade	
Internação Domiciliar		Adulto		Pediátrica	
	Ventilação Mecânica?			Sim	Não
Enfermagem Domiciliar		Visita p/ Procedimentos (medicação injetável, curativo)		Terapia de Pressão Negativa	
Procedimentos Diversos Domiciliares		Passagem de sonda nasoenteral/nasogástrica		Raio-X domiciliar	
		Troca de sonda de gastrostomia e bottom gástrico		ECG domiciliar	
		Passagem de sonda vesical (alívio/demora)		Troca de cânula de traqueostomia	
		Punção venosa periférica profunda (PICC)			

Suporte Domiciliar		Oxigenoterapia		Dietoterapia
Outros Serviços		Remoção		
Mantenho convênio com outras instituições de autogestão	Sim		Quais?	
	Não			

EVENTOS (CONFORME ANEXO 2 DO EDITAL)	
OBS: obrigatório o registro de todos os códigos para os quais deseja a prestação de serviços.	
Código do Evento	Descrição

ENDEREÇOS	
MATRIZ	Endereço completo, CEP, Telefones
FILIAL 1 (se houver)	
FILIAL 2 (se houver)	

ENDEREÇO ELETRÔNICO	
Email faturamento	
Email comercial	
Site	
Redes sociais	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS		
Nome	CPF	RG

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS				
Matriz/ Filial	Nome	CPF	RG	Registro do Conselho Regional

RELAÇÃO DO CORPO CLÍNICO OBS: obrigatório o registro de todos os profissionais do quadro de atendimento bem como o envio da documentação respectiva (currículo, certificado de especialização (se couber) e carteira do conselho.			
Nome	Especialidades	Registro no Conselho Regional	CPF

DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA (anexar comprovante)	
BANCO	
AGÊNCIA	
CONTA	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
Cooperativa		observar o item 4.10.12 do Edital
Empresa optante pelo Simples Nacional		Incluir cópia da consulta em: SIMPLES NACIONAL
Empresa qualificada como Sociedade Uniprofissional		Declaração XXXX
Empresa isenta ou imune à retenção dos tributos federais e/ou municipais		Declaração XXXX

DADOS DE TRIBUTAÇÃO					
TABELA IRRF					
IRPJ – GERAL (6147)		IRPJ – GERAL (6190)		IRPJ - ASSOCIAÇÃO	
IRPJ - COOPERATIVA		IRPJ - ISENTOS		IRPJ - HOSPITAIS	
IRPJ – UNIMED (6190)					

Autorizamos o PASBC a divulgar esta entidade na sua relação de instituições credenciadas, para fins de conhecimento dos beneficiários.

Declaramos que:

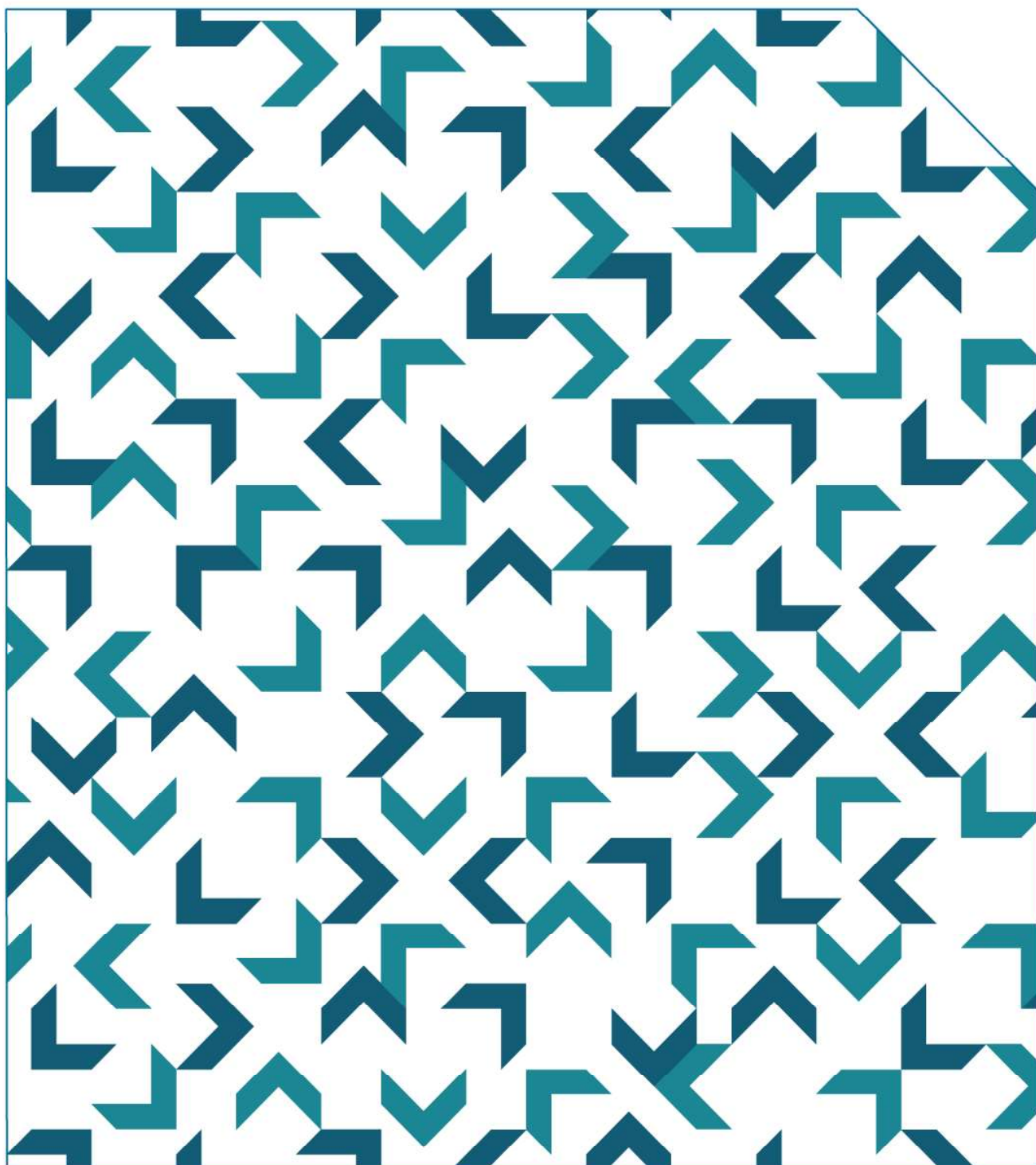
- I. estamos cientes e concordamos com as condições contidas no edital e seus anexos;
- II. que o valor da contraprestação compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas

normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data da apresentação do requerimento de participação;

- III. cumprimos plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;
- IV. não empregamos menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;
- IV. não possuímos empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal; e
- V. (Caso tenha mais de 100 empregados) Cumprimos as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;
- VI. (Caso cooperativa) Declaramos que cumprimos os requisitos estabelecidos no artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021

Declaramos, ainda, serem verdadeiras as informações fornecidas e nos comprometemos a informar ao PASBC quaisquer alterações que vierem a ocorrer.

Nome e assinatura do responsável legal



Manual do Prestador

Atualização – Agosto de 2025



BCSaúde

SUMÁRIO

1.	Apresentação	4
2.	Introdução	4
3.	Informações gerais	4
3.1.	Carências do BC Saúde	4
3.2.	Identificação e elegibilidade de beneficiário	5
4.	Sobre a atividade de auditoria.....	6
5.	Rol de Cobertura.....	7
6.	Auditoria Prévia	7
6.1.	Conceito	7
6.2.	Autorização prévia	7
6.2.1.	Urgência e Emergência	8
6.2.2.	OPMEs.....	9
7.	Auditoria concorrente	9
7.1.	Conceito	9
7.2.	Relatório de visita	10
7.3.	Responsabilidades do credenciado.....	11
7.4.	Responsabilidades do auditor técnico concorrente	11
7.5.	Proibições ao auditor técnico concorrente.....	12
8.	Auditoria de Contas <i>in loco</i>	13
8.1.	Conceito	13
8.2.	Responsabilidades do credenciado.....	13
8.3.	Responsabilidades do auditor técnico de contas <i>in loco</i>	14
8.4.	Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH)	15
8.5.	Guias fora do prazo	15
9.	Auditoria Interna de Contas	16
9.1.	Conceito	16
9.2.	Responsabilidades do credenciado.....	16
9.3.	Responsabilidades da auditoria interna de contas	17
10.	Auditoria Administrativa de contas	17
10.1.	Conceito	17
10.2.	Análise pela auditoria administrativa de contas.....	17

10.3. Responsabilidades do credenciado.....	19
11. Perícias.....	19
12. Eventos Adversos (EA)	19
12.1. Conceito	19
12.2. Classificação dos efeitos adversos	20
12.3. Ocorrências de eventos adversos	20
12.3.1. Identificação do evento adverso	21
12.3.2. Análise do caso concreto	21
12.3.3. Conclusão.....	21
12.4. Referências normativas sobre eventos adversos.....	21
13. Atenção Domiciliar.....	22
13.1. Concessão da assistência domiciliar	22
13.2. Alterações e renovações da assistência domiciliar	22
13.3. Situações emergenciais.....	23
13.4. Faturamento e auditoria da atenção domiciliar	23
13.5. Pagamento de medicamentos e de materiais	23
13.5.1. Durante internação domiciliar:.....	23
13.5.2. Para outros pacotes de enfermagem domiciliar	24
13.5.3. Comprovação de entrega de materiais ou de insumos	24
13.6. Atendimento especializado e terapias domiciliares	25
13.7. Eventos não médicos	25
13.8. Alta ou suspensão da atenção domiciliar	25
13.9. Eventos Adversos em atenção domiciliar	25
ANEXOS.....	26
ANEXO I – CONSULTA DE ELEGIBILIDADE	26
ANEXO II – DOCUMENTOS PARA AUTORIZAÇÃO	30
ANEXO III – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	35
ANEXO IV – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO.....	36
ANEXO V – GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO.....	38
ANEXO VI – ITENS NÃO COBERTOS.....	39
ANEXO VII – ITENS COBERTOS COM DIRETRIZES.....	41
ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EVENTO POR TELEMEDICINA.....	43
ANEXO IX – GLOSSÁRIO	44

1. Apresentação

O BC Saúde é um programa de assistência à saúde, sem personalidade jurídica própria, de natureza solidária, sem fins lucrativos, que atende a um aspecto legal do Plano de Carreira dos servidores do Banco Central do Brasil (BCB), previsto no art. 15 da Lei nº 9.650, de 1998. Por esse motivo, o Programa é gerido pela Diretoria do BCB, sem subordinação à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), e é administrado pelo Departamento de Gestão de Pessoas, Educação, Saúde e Organização do Banco Central do Brasil (DEPES).

Suas assistências e seus beneficiários encontram-se previstos e limitados pelo Regulamento editado pela Diretoria Colegiada do BCB, conforme Resoluções nº 415, de 24 de setembro de 2024, nº 446, de 17 de dezembro de 2024 e nº 449, de 15 de janeiro de 2025, em típica relação de supremacia especial ou de especial sujeição perante a Administração Pública.

O Manual de Critérios e Orientações do PASBC/BC Saúde (MCOP) consolida as normas complementares ao Regulamento do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central (PASBC), também nominado BC Saúde.

2. Introdução

Este manual tem por objetivo orientar e esclarecer credenciados e colaboradores do BC Saúde quanto às regras utilizadas na regulação, na auditoria e no processamento de contas, garantindo transparência e otimização na condução dos processos de trabalho, promovendo qualidade, economicidade e efetividade na prestação de assistência aos beneficiários do Programa.

Trata-se de documento complementar aos Termos de Credenciamento firmados com a rede credenciada, ao MCOP, bem como às tabelas do BC Saúde.

3. Informações gerais

3.1. Carências do BC Saúde

A concessão de benefícios ao amparo do BC Saúde está sujeita ao cumprimento das carências estabelecidas na norma vigente, a contar da inscrição do beneficiário no Programa:

- a) 30 dias:
 - i. Exames laboratoriais, exceto de cunho genético;
 - ii. Exames realizados em consultório, durante a consulta médica (Ex.: oftalmológicos, ginecológicos, etc.);
 - e
 - iii. Demais exames que não requeiram autorização prévia para cobertura, exceto os de cunho odontológico e aqueles associados diretamente a terapias e a tratamentos especializados.

- b) 60 dias:
 - i. Exames que demandam autorização prévia;
 - ii. Exames associados a terapias e a tratamentos especializados;
 - iii. Exames de cunho odontológico;
 - iv. Tratamentos especializados e terapias, quando realizados exclusivamente em ambiente ambulatorial, inclusive tratamentos odontológicos que não utilizem produto para saúde implantável; e
 - v. Aparelhos ou objetos com finalidade médica não relacionados a evento cirúrgico;
- c) 180 dias:
 - i. Cirurgias realizadas em centro cirúrgico, sem internação;
 - ii. Internações hospitalares clínicas e cirúrgicas; e
 - iii. Assistência Domiciliar.
- d) 300 dias:
 - i. Parto.

Durante o cumprimento das carências, são assegurados atendimentos de urgência e de emergência, observando-se o seguinte:

- a) Durante as primeiras 24 horas após a adesão, não haverá concessão de nenhum tipo de cobertura; e
- b) Após 24 horas de adesão:
 - i. Casos de urgência decorrentes de acidente pessoal: atendimento garantido, sem restrições, inclusive para internação; e
 - ii. Demais casos de urgência e de emergência: atendimento ambulatorial limitado a doze horas, sem cobertura para internação.

3.2. Identificação e elegibilidade de beneficiário

O credenciado deve proceder com a identificação do beneficiário antes do início do atendimento. O cartão físico BC Saúde e as autorizações provisórias de atendimento contêm os dados cadastrais (nome, número do cartão e validade) e as carências regulamentares, quando existentes. O cartão virtual, por outro lado, contém alerta sobre cumprimento de carências, mas não detalha quais tipos estão em vigência.

A consulta de elegibilidade está disponível na área restrita do Portal BC Saúde (<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/bcsaude>), no *menu* Elegibilidade > Consulta, utilizando o número do cartão BC Saúde. Trata-se uma proteção ao credenciado, o qual pode verificar se o beneficiário está elegível ou não pelo Programa no momento, bem como obter informações sobre eventuais carências em curso. Para mais informações sobre consulta de elegibilidade, verifique o **Anexo I**.

Importante!

No caso de apresentação de cartão virtual, orienta-se o prestador a sempre realizar a consulta de elegibilidade no ato do atendimento, de forma a se certificar de que o beneficiário não está cumprindo carências para o evento envolvido no atendimento a ser prestado.

Sugere-se, ainda, que a comprovação de consulta de elegibilidade seja anexada à conta a ser faturada, de forma a comprovar que o beneficiário estava elegível e apto à cobertura do atendimento realizado, o que assegura o pagamento da despesa pelo Programa ao credenciado, conforme normas vigentes.

Caso o beneficiário esteja cumprindo carências para o evento realizado e o prestador não apresente a comprovação de consulta de elegibilidade, a cobertura será negada pelo BC Saúde e o credenciado deverá providenciar a cobrança particular do atendimento.

Em caso de indisponibilidade eventual do Portal BC Saúde, recomenda-se que o prestador encaminhe ao Programa, como anexo da conta, a imagem da tela de erro para comprovar a inviabilidade de consulta no momento do atendimento. Isso assegurará o pagamento da despesa pelo Programa ao credenciado em caso de carências e de beneficiários inativos, conforme normas vigentes.

4. Sobre a atividade de auditoria

A auditoria especializada é a atividade de fiscalização técnica preliminar, concorrente e posterior dos eventos geradores de despesas para o BC Saúde. Seu objetivo é garantir a qualidade dos serviços realizados, o respeito às normas do Programa e a gestão responsável dos recursos, abrangendo:

- a) Auditoria Prévia;
- b) Auditoria Concorrente;
- c) Auditoria de Contas (*in loco* ou Interna);
- d) Auditoria Administrativa de Contas; e
- e) Perícia (documental ou presencial).

A auditoria especializada é exercida pelos componentes técnicos do Banco Central, representados por pessoas físicas ou jurídicas contratadas para esse fim.

Todo procedimento é passível de ser submetido à auditoria especializada, que poderá determinar a realização de perícia presencial ou documental, bem como solicitar informações adicionais ou complementares para subsidiar a avaliação, tais como anamnese completa, diagnóstico clínico, exames complementares realizados, opções de tratamento e seus prognósticos, histórico da evolução clínica do tratamento, entre outros.

A auditoria especializada observará as normas emanadas pelos conselhos federais e pelas demais instituições representativas para exercício de suas atividades, bem como as boas práticas consagradas pela legislação vigente e pela medicina baseada em evidências.

O trabalho de auditoria deve levar em conta as seguintes diretrizes:

- a) Pertinência técnica das indicações ou prescrições;
- b) Efetividade terapêutica e diagnóstica dos procedimentos;
- c) Consagração científica das condutas;
- d) Acessibilidade aos usuários;
- e) Normas internas do Programa;
- f) Economicidade; e
- g) Razoabilidade.

Os serviços de auditoria serão realizados com o sigilo necessário em relação a informações e documentos acessados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

O BC Saúde poderá admitir o uso de protocolos estabelecidos pela rede credenciada somente após a análise e a formal aceitação por parte do seu componente técnico e administrativo.

5. Rol de Cobertura

O BC Saúde utiliza como referencial de cobertura a 4ª edição da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) e o rol de procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Eventos não relacionados nesses referenciais não são passíveis de cobertura, ressalvada a existência de alguma norma específica do Programa.

Códigos de procedimentos da CBHPM 4ª edição que tenham sido descontinuados serão substituídos pelos seus equivalentes da CBHPM 5ª edição ou TUSS vigente.

A critério do BC Saúde, poderão ser consultadas e utilizadas as diretrizes da ANS para emissão de autorização.

6. Auditoria Prévia

6.1. Conceito

A auditoria preliminar é uma ação de regulação decorrente da exigência de autorização prévia em eventos, determinados pela norma do BC Saúde. Esse tipo de auditoria é usualmente executado por meio documental, podendo demandar complementação de informações ou execução de perícias, por determinação normativa ou por requisição do componente técnico.

6.2. Autorização prévia

Em regra, o pedido de autorização deve ser enviado ao e-mail bcsaude.autorizador@bcb.gov.br, pelo credenciado.

O Programa acatará solicitação encaminhada por beneficiário somente quando se tratar de regime de Livre escolha

(particular).

Especificamente para pedido de autorização de benefícios domiciliares e de assistências especiais para Pessoas com Deficiência (PcD), o canal a ser considerado é bcsaude.beneficios@bcb.gov.br. Nesses casos, a autorização pode ser requerida por prestador ou por beneficiário.

As solicitações de autorização devem estar acompanhadas dos documentos apontados no **ANEXO II**, sem prejuízo de outros que possam esclarecer ou facilitar a análise delas.

A contagem do prazo para retorno, especificado no **ANEXO II**, inicia-se a partir da apresentação de toda a documentação necessária à análise do componente técnico. Assim, caso sejam identificadas pendências, a contagem do prazo não iniciará enquanto não forem encaminhadas as informações ou documentos requeridos. O componente responsável pela autorização poderá consultar histórico dos procedimentos solicitados ou a ele relacionados, realizados com cobertura pelo BC Saúde, de forma a melhor subsidiar a análise.

A análise técnica enquadrará as solicitações de autorização de procedimentos conforme as tabelas adotadas pelo BC Saúde e pactuadas nos Termos de Credenciamento.

A autorização prévia não exclui a possibilidade de verificação, por parte da auditoria concorrente e posterior, da exatidão das informações prestadas, podendo sofrer ajustes ou correções, caso necessário.

Mesmo que não conste na relação de eventos que exija autorização, se o procedimento for realizado sob regime de internação, se necessitar de suporte anestésico ou se for realizado em centro cirúrgico, estará sujeito à autorização prévia e às regras de carência correspondentes ao regime de tratamento.

A execução de procedimentos sem autorização prévia, quando exigida, pode ensejar a negativa de sua cobertura, inclusive nos casos de internação, mesmo que seja apresentada documentação ou realizada auditoria posterior.

Somente em casos excepcionais, devidamente justificados, o BC Saúde poderá emitir autorização posterior para atendimentos eletivos e para aqueles de urgência e de emergência cuja apresentação tenha extrapolado o prazo normativo aplicável, desde que haja deferimento pela gestão do Programa.

6.2.1. Urgência e Emergência

Nos casos de urgência ou de emergência, inclusive ocorridos à noite ou nos finais de semana, a solicitação de autorização posterior deverá ocorrer em até 10 dias corridos da data do atendimento.

A simples realização de procedimentos em horário especial (em dias da semana entre 19h e 7h e em sábados, domingos e feriados) não implica evidência do caráter emergencial do atendimento. Nos casos em que não haja comprovação do caráter de urgência ou de emergência do procedimento, para fins de eventual concessão da autorização, será analisada a pertinência de enquadramento como evento eletivo.

6.2.2. OPMEs

O BC Saúde tem a prerrogativa de negociar os valores de OPMEs diretamente com os fornecedores, não estando a escolha vinculada à indicação de empresas ou aos orçamentos encaminhados pelos credenciados.

Deverá ser solicitada autorização prévia para OPMEs relacionados a procedimentos cirúrgicos cujo valor total por ato cirúrgico seja superior a R\$ 1.000,00.

Os materiais descartáveis, não relacionados a procedimento cirúrgico, serão autorizados conforme pertinência técnica e normativa, pela auditoria *in loco*.

Serão cobertos somente OPMEs com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, com instrução de uso compatível com o procedimento proposto.

Conforme legislação vigente, não é admitida indicação de marca de material ou de fornecedor, salvo em caso de material único, sem produto concorrente ou similar, com fornecedor exclusivo. Nessa situação, a solicitação de autorização do OPME deve estar acompanhada de relatório com a justificativa de escolha do material, bem como do comprovante da exclusividade.

A recusa de fornecedor indicado pelo BC Saúde, por parte do credenciado, deverá ser formal e tecnicamente justificada, descrevendo as características do produto que não atendem às necessidades do procedimento, para avaliação da auditoria do Programa. No caso de ressalvas relacionadas à qualidade dos materiais, o credenciado deverá apresentar a notificação à ANVISA ou ao órgão competente, conforme Resolução CFM nº 2.318/2022.

O Banco Central, conforme sua conveniência e oportunidade, determinará se o fornecimento do OPME será autorizado ao credenciado ou por negociação direta com o fornecedor indicado pelo BC Saúde.

Os materiais utilizados nos procedimentos de urgência ou de emergência obedecerão aos preços praticados nos procedimentos eletivos e deverão ser igualmente autorizados, observando os prazos normativos de pedidos de autorização dessa natureza. Solicitações de autorização fora do prazo poderão ensejar a recusa de cobertura.

7. Auditoria concorrente

7.1. Conceito

É aquela realizada durante a internação do paciente, podendo ser executada a beira leito e por análise do prontuário, a critério do BC Saúde.

O Banco Central realizará auditoria concorrente em todos os hospitais gerais, hospitais de transição, hospitais psiquiátricos e nas internações domiciliares, sem prévio aviso ou agendamento.

O BC Saúde determina a periodicidade de visitas a pacientes internados conforme critérios relacionados na tabela abaixo:

ACORDO POR NÍVEL DE SERVIÇO - VISITAS CONCORRENTES		
ACOMODAÇÃO	PROFISSIONAL	PERIODICIDADE DA VISITA
UTI	MÉDICO	1ª visita em até 3 dias após internação.
	ENFERMEIRO	Demais visitas uma vez por semana.
APARTAMENTO	MÉDICO	Visitas de dois em dois dias.
	ENFERMEIRO	Visitas a cada 5 dias úteis.
INTERNAÇÃO DOMICILIAR	ENFERMEIRO	Uma visita mensal
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	MÉDICO	Uma visita mensal
INTERNAÇÃO HOSPITAL DE TRANSIÇÃO	ENFERMEIRO	Uma visita mensal

Observação: A critério do BC Saúde, poderá ser solicitada visita médica e de enfermagem em intervalos menores.

7.2. Relatório de visita

O relatório de visita do auditor técnico concorrente deve conter, no mínimo:

- Registro histórico da admissão do paciente, conforme prontuário médico e de enfermagem (item obrigatório somente na primeira visita);
- Data da internação (item obrigatório somente na primeira visita);
- Acomodação atual. Nos casos de alteração de acomodação, é necessário informar a data de admissão na atual acomodação;
- Diagnóstico inicial (primeira visita). A partir da segunda visita, é necessário avaliar se o paciente permanece com o mesmo diagnóstico da internação;
- Comorbidades (item obrigatório somente na primeira visita);
- Presença de lesões e sua descrição, tipos de coberturas utilizadas e periodicidade de troca de curativo (item obrigatório somente na primeira visita). Nas visitas sequenciais, é necessário registrar a evolução das lesões e a terapêutica aplicada;
- Registro de antibioticoterapia ou de outras medicações relevantes. Nos casos de modificação de conduta, necessário registrar o motivo da alteração;
- Resultados relevantes de exames realizados e informação sobre eventuais pendências de autorização;
- Existência de indicação médica para tratamento conservador ou cirúrgico e informação sobre eventuais pendências de autorização;
- Evoluções clínicas em relação à visita anterior;
- Registro de possibilidade de avaliação para alta hospitalar, quando o quadro clínico permitir;
- Intercorrências após a última visita;

- m) Pontos importantes que justifiquem a manutenção da internação do paciente e que deverão ser verificados na evolução da próxima visita; e
- n) Data, identificação (nome e número de registro do conselho de classe) e assinatura do profissional executante.

7.3. Responsabilidades do credenciado

O credenciado deve encaminhar o censo hospitalar, diariamente, constando todas as internações e as altas de beneficiários do Programa. Os e-mails a serem considerados conforme a regional de vínculo são:

- Brasília: censobennerdf@benner.com.br
- Demais regionais: censo.bacen@bennerbposauade.com.br

Importante que o campo “Assunto” da mensagem esteja preenchido com o texto “CENSO HOSPITALAR”.

O credenciado não pode negar o acesso do auditor técnico do Banco Central aos beneficiários do Programa e a seus prontuários, bem como a nenhuma de suas dependências, incluindo os ambientes cirúrgicos ou farmácias. É vedada a exigência de qualquer tipo de agendamento ou aviso prévio para o acesso dos auditores do BC Saúde aos seus pacientes internados. No caso de acompanhamento de cirurgias pela auditoria, haverá aviso prévio ao credenciado com, no mínimo, 48 horas de antecedência.

O BC Saúde não oferece cobertura para casos de internação social. Por esse motivo, o credenciado deve justificar técnica e tempestivamente, sempre que requerido, a permanência de todos os pacientes do Programa internados. A falta de apresentação de tais evidências implicará a cessação das prorrogações de diárias.

7.4. Responsabilidades do auditor técnico concorrente

Ao auditor técnico concorrente cabe:

- a) Efetuar a análise do prontuário, confrontando a prescrição médica, as evoluções da equipe multidisciplinar e a descrição do quadro clínico do paciente, não sendo admitidas inclusões de evoluções ou documentos posteriores à análise já realizada;
- b) Pontuar formalmente ao responsável técnico do credenciado eventuais omissões do prontuário ou do serviço oferecido. Ex.: ausência de documentos, equívocos nas evoluções, divergências nas condutas prescritas e executadas, entre outros;
- c) Conduzir discussões técnicas com as equipes médica e de enfermagem e notificar evento adverso, conforme formulário contido no **ANEXO IV – Formulário de Notificação de Evento Adverso**;
- d) Avaliar e discutir com o médico assistente os casos com possibilidade de alta, assim como aqueles cuja hospitalização esteja vinculada à realização de procedimentos que possam ser oferecidos em domicílio;
- e) Avaliar e discutir com o médico assistente a possibilidade de troca de acomodação;

- f) Realizar prorrogações de diárias, em formulário próprio do BC Saúde (**ANEXO V - Guia de Solicitação de Prorrogação de Diária de Internação**), devidamente identificado e assinado, discriminando data, nome do paciente, tipo de acomodação (informar se for situação de isolamento) e justificativa clínica para a prorrogação.

Observação: não é admitida emissão de prorrogação de diárias de forma remota (e-mail ou outros recursos digitais), salvo se formalmente autorizada pela gestão do BC Saúde.

- g) Autorizar a realização de assistência multidisciplinar em pacientes internados, conforme regra abaixo:

g.1) UTI

- i. Fonoaudiologia: autorização prévia para quaisquer números de sessões;
- ii. Fisioterapia respiratória: autorização prévia para realização de mais de duas sessões diárias;
- iii. Fisioterapia motora: autorização prévia para mais de uma sessão diária;
- iv. Terapia ocupacional: autorização prévia para quaisquer números de sessões;
- v. Psicoterapia: não há cobertura;
- vi. Acompanhamento conjunto com especialista: autorização prévia para o acompanhamento, mediante justificativa contida em relatório do médico assistente;
- vii. Terapia renal substitutiva: autorização prévia para quaisquer números de sessões; e
- viii. Avaliação por nutrólogo:
 - a. Terapia nutricional enteral: autorização prévia para uma avaliação a cada sete dias, podendo ser analisada a necessidade de avaliação em prazo inferior, mediante justificativa contida em relatório do médico assistente; e
 - b. Terapia nutricional parenteral: autorização prévia para uma avaliação por dia.

g.2) Apartamento

- i. Autorização prévia para início de qualquer tipo de assistência multidisciplinar;
- ii. Nos casos de transferência de UTI para apartamento, as assistências autorizadas deverão ser reavaliadas;
- iii. Terapia renal substitutiva: autorização prévia para quaisquer números de sessões;
- iv. Psicoterapia: não há cobertura; e
- v. Avaliação por nutrólogo:
 - a. Terapia nutricional enteral: autorização prévia para uma avaliação a cada sete dias, podendo ser analisada a necessidade de avaliação em prazo inferior, mediante justificativa contida em relatório do médico assistente; e
 - b. Terapia nutricional parenteral: autorização prévia para uma avaliação por dia.

7.5. Proibições ao auditor técnico concorrente

Ao auditor técnico concorrente é proibido:

- a) Autorizar a realização de procedimentos que exijam autorização da auditoria prévia, mesmo que realizados em regime de urgência ou de emergência;
- b) Autorizar OPMEs relacionados a eventos cirúrgicos, mesmo quando utilizados em situações de urgência ou de emergência, ou de forma complementar, durante o procedimento já autorizado; e
- c) Autorizar avaliação ou visita odontológica, as quais estão sujeitas à análise da auditoria prévia, mediante justificativa contida em relatório do médico assistente.

8. Auditoria de Contas *in loco*

8.1. Conceito

É aquela realizada após a alta do paciente ou a cada conta parcial, que deverá contemplar o máximo de 5 (cinco) dias, para análise e homologação dos eventos e itens cobrados na conta.

Os hospitais (gerais ou de transição) e as empresas de prestação de serviços domiciliares são submetidos a esse tipo de auditoria. Outros credenciados podem ser incluídos nesse rol de prestadores, sendo avisados previamente pelo BC Saúde.

A auditoria de contas *in loco* é realizada nas dependências do credenciado ou em local por ele indicado, previamente acordado com o BC Saúde, com cronograma de datas estabelecido, e é executada por auditor técnico do Programa e do credenciado.

8.2. Responsabilidades do credenciado

O credenciado deverá disponibilizar local adequado, com acesso ao prontuário do paciente do Programa, que deve conter:

- a) Guia de internação autorizada e assinada pelo beneficiário ou responsável;
- b) Identificação do paciente;
- c) Dados da internação: se urgência, emergência ou eletivo, diagnóstico, data da internação, entre outros;
- d) Prorrogações de diárias em formulário próprio do BC Saúde, assinado pelo auditor técnico concorrente, com discriminação da quantidade e do tipo de acomodação;
- e) Solicitação original de exames e de procedimentos, incluindo hemoderivados, com respectivos laudos;
- f) Evoluções, descrições e respectivas autorizações de procedimentos realizados, quando exigidas pela norma do BC Saúde;
- g) Autorização para medicamentos, concedida pela auditoria prévia, conforme norma do BC Saúde, abaixo copiada:

MCOP 2-3-2-1 Medicamentos utilizados no ambiente hospitalar ou domiciliar, durante internação:
II - Serão submetidos à análise da auditoria médica, conforme disposições do Título 5, Capítulo 2, Seção 1 (Autorização prévia) do Manual de Critérios e Orientações do PASBC - MCOP, medicamentos

cujo custo por unidade de apresentação administrada (comprimido/ampola/frasco, entre outros) seja igual ou superior a 80% do salário mínimo (R\$ 1.214,40), conforme tabela contratada, com exceção de anestésicos e contrastes para exames, cuja autorização será concedida pela auditoria de contas, em conta hospitalar.

III - Medicamentos passíveis de autorização prévia com necessidade de administração de forma imediata, assim considerados aqueles com indicação de administração em até 48 horas, deverão ser posteriormente submetidos a processo de regulação para emissão de autorização pelo PASBC, após análise, em até 10 (dez) dias corridos do seu uso.

- h) Prescrição de medicamentos e de materiais, de alto custo ou não, e evidências de administração ou de utilização;
- i) Autorização, (concedida pelo auditor concorrente), prescrição e evolução das equipes multidisciplinares de fisioterapia, fonoterapia, nutrologia, terapia ocupacional, entre outros, conforme regras do BC Saúde;
- j) Descrição de uso de taxas e gases e evidência de execução dos demais serviços prestados;
- k) Evoluções da enfermagem, incluindo balanço hídrico e registros de Comissão de Feridas;
- l) Evoluções da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, em casos de isolamento ou de terapia antimicrobiana complexa (positivação para micro-organismo resistente, ferida operatória infectada, entre outros);
- m) Lacres originais de OPMEs e de materiais de alto custo, implantáveis ou não, contendo Registro ANVISA, lote e data de validade; e
- n) Notas Fiscais de OPMEs, conforme regras do BC Saúde.

Não são admitidas alterações ou inserção de informação posterior à data de realização nos documentos apresentados em prontuário. Ex.: relatórios/descritivos cirúrgicos, boletins anestésicos, evoluções, laudos, prescrições, entre outros.

O credenciado deve apresentar as contas ou as parciais de modo integral, não deixando pendências para auditoria ou faturamento posterior. A eventual apresentação de conta complementar, em caráter excepcional, deverá ser previamente autorizada pela gestão do BC Saúde.

As contas parciais deverão sempre ser encaminhadas com a cópia da guia de internação.

8.3. Responsabilidades do auditor técnico de contas *in loco*

A auditoria técnica de contas *in loco* validará os itens em conformidade com as normas do BC Saúde, bem como aquelas estabelecidas pelos Conselhos Profissionais, pelas agências regulamentadoras de saúde, pelas tabelas contratadas e pelos respectivos Termos de Credenciamento.

A auditoria deverá validar o uso de materiais especiais descartáveis não associados a evento cirúrgico.

A auditoria possui autonomia para requerer a complementação de informações ou de documentos necessários ao esclarecimento dos registros apresentados, a fim de melhor embasar sua análise.

A auditoria avaliará a pertinência do uso de materiais ou de medicamentos em conformidade com a necessidade

técnica e com os princípios da economicidade, podendo não validar o uso de determinados itens que poderiam ser substituídos por outros menos onerosos, sem prejuízo da assistência e de técnicas necessárias. As trocas de dispositivos deverão obedecer a temporalidade determinada pela ANVISA em manuais técnicos.

A adoção de protocolos, quando questionada pela auditoria, deverá ser validada pelo BC Saúde.

Poderão ser aplicadas glosas a quaisquer itens ou eventos apresentados na conta, previamente autorizados ou não, caso não estejam prescritos, evoluídos ou tecnicamente justificados.

O **ANEXO VI – Itens Não Cobertos** apresenta os eventos não amparados pelo BC Saúde e aqueles cuja cobertura dependa da observação de diretrizes específicas.

8.4. Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH)

A finalização do processo de auditoria se dará com a emissão do Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH), assinado pelos representantes do credenciado e do BC Saúde, devendo obrigatoriamente conter:

- a) Dados do paciente;
- b) Período da internação ou da parcial;
- c) Tipo de acomodação; e
- d) Valores apresentados pelo prestador, glosas aplicadas e valores liberados para pagamento:
 - i. Dos honorários;
 - ii. Das diárias;
 - iii. Dos materiais e medicamentos;
 - iv. Dos exames;
 - v. Das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPMes;
 - vi. Dos gases; e
 - vii. Das taxas.

Na hipótese de reconsideração de glosa aplicada, devidamente apontada na conta suja (fatura auditada, anterior à emissão do RAH), o auditor técnico de contas *in loco* do BC Saúde deverá registrar a reversão da glosa, rubricar e carimbar ao lado do evento/item acatado.

Não são admitidos RAHs com assinaturas digitalizadas.

8.5. Guias fora do prazo

As contas que tenham excedido o prazo de 120 dias do atendimento/alta/ parcial não serão analisadas pela auditoria de contas *in loco*, salvo se formalmente autorizadas pela gestão do BC Saúde.

O pedido de apresentação de faturas fora do prazo deverá ser encaminhado para a caixa corporativa bcsaude.prestador@bcb.gov.br, com as justificativas para o atraso, para análise de deferimento pela gestão do

Programa.

9. Auditoria Interna de Contas

9.1. Conceito

É aquela que analisa tecnicamente as contas não sujeitas à auditoria de contas *in loco*. A auditoria interna de contas é realizada nas dependências do BC Saúde, por meio de análise documental.

9.2. Responsabilidades do credenciado

O credenciado deverá encaminhar arquivo eletrônico e os seguintes documentos digitalizados para faturamento:

- a) Guia TISS devidamente preenchida com identificação completa do solicitante (nome e identificação no respectivo registro no conselho profissional, incluindo unidade federativa – ex: CRM, CRO, CREFITO), assinada pelo beneficiário ou responsável;
- b) Solicitação ou pedido médico com identificação completa do solicitante e do paciente;
- c) Identificação do paciente;
- d) Identificação do solicitante;
- e) Identificação do executante;
- f) Dados do atendimento: data da execução, horário, codificação, descrição do evento, quantidade, vias de acesso, natureza (se urgência, emergência ou eletivo) e diagnóstico;
- g) Solicitação de exames e de procedimentos, com identificação do solicitante, incluindo hemoderivados, com respectivos laudos;
- h) Evoluções, descrições e respectivas autorizações, quando exigidas pela norma do BC Saúde;
- i) Autorização para medicamentos e materiais de alto custo, conforme regras do BC Saúde;
- j) Prescrição, com identificação completa do solicitante, de medicamentos e de materiais, de alto custo ou não, e evidências de administração ou de utilização;
- k) Descrição de uso das taxas, gases e evidência de execução dos demais serviços prestados;
- l) Lacres originais (OPMEs e materiais de alto custo, implantáveis ou não), contendo registro ANVISA, lote e data de validade;
- m) Notas Fiscais de OPMEs, conforme regras do BC Saúde;
- n) Descrição cirúrgica contendo os materiais utilizados (OPMEs e outros);
- o) Boletim anestésico; e
- p) Evidências, relatórios e laudos que justifiquem a realização dos eventos.

Observação 1: no caso de eventos cirúrgicos ou de internação não submetidos à auditoria de contas *in loco*, o

prestador deverá observar a lista de documentos contidos no **ANEXO II**.

Observação 2: a veracidade dos documentos apresentados é de inteira responsabilidade do credenciado, podendo responder civil ou criminalmente por eventuais divergências identificadas.

9.3. Responsabilidades da auditoria interna de contas

A auditoria técnica interna de contas validará os itens em conformidade com as normas do BC Saúde, bem como aquelas estabelecidas pelos Conselhos Profissionais, pelas agências regulamentadoras de saúde, pelas tabelas contratadas e pelos respectivos Termos de Credenciamento.

A auditoria deverá validar o uso de materiais especiais descartáveis não associados a evento cirúrgico.

A falta de documentos ou de evidências para a adequada análise ensejará a glosa dos eventos ou a devolução da conta.

A auditoria avaliará a pertinência do uso de materiais e de medicamentos em conformidade com a necessidade técnica e com os princípios da economicidade, podendo não validar o uso de determinados itens que poderiam ser substituídos por outros menos onerosos, sem prejuízo da assistência e de técnicas necessárias. As trocas de dispositivos deverão obedecer a temporalidade determinada pela ANVISA em manuais técnicos.

A adoção de protocolos, quando questionada pela auditoria, deverá ser validada pelo BC Saúde.

Poderão ser aplicadas glosas a quaisquer itens ou eventos apresentados na conta, previamente autorizados ou não, caso não estejam prescritos, evoluídos ou justificados tecnicamente.

O **ANEXO VI – Itens Não Cobertos** apresenta os eventos não amparados pelo BC Saúde e aqueles cuja cobertura dependa da observação de diretrizes específicas.

10. Auditoria Administrativa de contas

10.1. Conceito

É aquela realizada pela auditoria administrativa de contas do BC Saúde, por meio documental, cujo objetivo é de avaliar a conformidade das contas às normas administrativas exigidas pelo Programa e pactuadas nos termos de credenciamento.

10.2. Análise pela auditoria administrativa de contas

São itens sujeitos à análise da auditoria administrativa de contas:

- a) Assinatura da guia:
 - i. Pelo beneficiário ou representante legal, sendo que, no caso de eventos seriados, a assinatura deverá constar ao lado da data de cada sessão realizada, inclusive no contexto da atenção domiciliar;

- ii. Pelo prestador executante;
- iii. Pelo profissional solicitante, quando a guia for utilizada como prescrição; e
- iv. Declaração de realização de evento, em caso de atendimento por telemedicina, conforme modelo do

ANEXO VIII.

- b) Data do evento;
- c) Solicitação de procedimentos/materiais/medicamentos/taxas, contendo:
 - i. Data;
 - ii. Identificação do solicitante (nome, número do registro no conselho de classe e unidade federativa); e
 - iii. CID ou indicação clínica.

Observação: poderá ser aceita prescrição de exames emitida por profissional não médico, desde que exista lei federal que o ampare a solicitar tais eventos.

- d) Codificação conforme tabela contratada;
- e) Quantidade do evento e valor; e

Observação: o BC Saúde só efetua pagamento de medicamentos apresentados na forma fracionada, conforme bula.

- f) Autorizações, quando exigidas pela norma do BC Saúde.

Nas contas sujeitas à auditoria de contas *in loco*, acrescentam-se:

- a) Prorrogações de diárias, em documento próprio, contendo o tipo de acomodação, informações sobre eventual isolamento e a assinatura do auditor técnico concorrente e do prestador;
- b) Contas suja (fatura auditada, anterior à emissão do RAH) e limpa (fatura após o consenso entre auditorias);
- c) Relatório de Auditoria Hospitalar – RAH; e
- d) Notas Fiscais de OPMEs, conforme regras do BC Saúde.

De posse da documentação integral requerida, a análise seguirá as regras das tabelas contratadas, conforme Termos de Credenciamento (Ex.: vias de acesso, número de auxiliares, portes cirúrgicos, regras de horário especial, entre outros).

A valoração como horário especial está adstrita aos eventos enquadrados como urgência ou emergência. Eventos eletivos realizados em horário especial serão remunerados sem adicional, inclusive para anestesiológicos.

O encaminhamento de documentação ilegível ensejará a devolução da fatura.

Para faturamento de evento realizado sem a verificação de elegibilidade do beneficiário, por indisponibilidade do Portal BC Saúde, recomenda-se que o prestador encaminhe ao Programa, como anexo da conta, a imagem da tela de erro para comprovar a inviabilidade de consulta no momento do atendimento. Isso assegurará o pagamento da despesa pelo Programa ao credenciado em caso de carências e de beneficiários inativos, conforme normas vigentes.

10.3. Responsabilidades do credenciado

Nenhuma informação contida no arquivo XML é passível de alteração por parte do BC Saúde. O prestador deve observar o correto preenchimento dos itens abaixo no arquivo eletrônico, em conformidade com a documentação encaminhada, a fim de evitar glosas ou devolução da conta:

- a) Data e horário do atendimento;
- b) Codificação;
- c) Grau de participação de profissionais;
- d) Quantidades;
- e) Percentual de acréscimo por horário especial ou por tipo de acomodação;
- f) Vias de acesso;
- g) Períodos das contas parciais; e
- h) Valores dos eventos.

11. Perícias

As perícias são realizadas de forma presencial ou documental, sendo obrigatórias para os procedimentos descritos na norma do BC Saúde.

Independentemente de exigência normativa, a critério da auditoria, poderá ser requerida perícia, a fim de promover o adequado esclarecimento de dúvidas ou omissões.

12. Eventos Adversos (EA)

12.1. Conceito

Eventos adversos são complicações indesejadas que podem ocorrer durante o cuidado prestado a pacientes e que não são atribuídas à evolução natural da doença de base ou da condição clínica.

Refletem, geralmente, o distanciamento entre o cuidado ideal e o real dedicado ao paciente por profissionais de saúde durante permanência em ambiente sob gerenciamento assistencial, tal como hospitais ou serviços prestados em atenção domiciliar.

Para evitar eventos adversos, é necessário que os prestadores foquem na segurança do paciente, atributo que se traduz como a ausência ou a redução de danos evitáveis durante os cuidados de saúde providos. Isso envolve o desenvolvimento de cultura, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes que auxiliem na mitigação de riscos ou de ocorrências de danos desnecessários e evitáveis a pacientes, de forma consistente e sustentável.

O objetivo do controle de eventos adversos, portanto, é tornar menos provável a ocorrência de erros e, quando presentes, buscar diminuir o impacto de eventuais prejuízos à saúde dos pacientes. Para tanto, é necessário que o prestador identifique e avalie, regularmente, a existência de não conformidades nos processos e nos procedimentos realizados, assim como na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos.

São exemplos de eventos adversos em pacientes hospitalizados:

- a) Erros de medicação;
- b) Reações adversas a medicamentos;
- c) Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS);
- d) Erros em procedimentos cirúrgicos;
- e) Lesões por pressão (escaras);
- f) Quedas de pacientes;
- g) Erros de diagnóstico;
- h) Eventos relacionados a dispositivos médicos;
- i) Falhas na comunicação entre profissionais; e
- j) Erro de conduta.

12.2. Classificação dos efeitos adversos

A classificação de eventos adversos está associada ao impacto do incidente relacionado à assistência à saúde, devendo ser traduzido em “grau de dano”, isto é, no nível de comprometimento do estado de saúde do paciente ocasionado pelo evento.

Para fins de notificação, devem ser consideradas as seguintes categorias:

- a) Leve: o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem intervenção ou com necessidade de intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação);
- b) Moderado: o paciente necessitou de intervenção (procedimento suplementar ou terapêutica adicional, por exemplo) ou de prolongamento da internação, levando à perda de função ou ocasionando danos permanentes ou de longo prazo;
- c) Grave: o paciente necessitou de intervenção para salvar a sua vida ou de grande intervenção médico-cirúrgica, resultando em grandes danos permanentes ou de longo prazo, o que inclui casos de perturbação e risco fetal ou de anomalia congênita; e
- d) *Never Events*: o paciente vivenciou eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde. São considerados de maior gravidade e, normalmente, resultam em morte ou em danos permanentes.

12.3. Ocorrências de eventos adversos

A auditoria concorrente do BC Saúde monitorará a ocorrência de eventos adversos, seguindo o fluxo abaixo:

12.3.1. Identificação do evento adverso

Ao tomar conhecimento de um possível evento adverso, a auditoria concorrente abrirá um protocolo com a descrição da ocorrência e as justificativas ou considerações apresentadas pelo prestador, para análise da área de regulação do Programa.

A regulação terá até 30 dias, contados da notificação da auditoria concorrente, para manifestação. Caso não haja retorno dentro do prazo acenado, o evento adverso será considerado como aceito.

12.3.2. Análise do caso concreto

O protocolo será analisado pela área de regulação do Programa. Caso necessários esclarecimentos ou providências adicionais, o prestador será notificado e deverá observar o prazo concedido para complementação.

Enquanto o possível evento adverso estiver sendo investigado, a validação da auditoria *in loco* e o faturamento da conta permanecerão suspensos, alcançando apenas as despesas atinentes ao caso concreto analisado.

12.3.3. Conclusão

Após finalização da análise pela regulação do Programa, um relatório final será elaborado e encaminhado ao prestador, podendo concluir pela caracterização ou não do evento adverso.

Caso haja caracterização do evento adverso, a regulação enquadrará a ocorrência de acordo com a classificação prevista no item 12.2 e comunicará o prestador acerca dos seguintes desdobramentos:

- a) Comprovação de notificação à Anvisa pelo prestador, conforme regras adotadas pela referida Agência ([Caderno 6 da Anvisa](#) – notificação deve ser realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, por meio do módulo Assistência à Saúde do Notivisa 2.0);
- b) Aplicação de glosas relacionadas aos itens envolvidos no tratamento ao paciente decorrente do evento adverso (diárias, honorários, taxas, gases, procedimentos, exames, materiais, medicamentos, OPMEs, entre outros);
- c) Lançamento da ocorrência em estatística do BC Saúde; e
- d) Outras providências que se façam necessárias, conforme o caso.

12.4. Referências normativas sobre eventos adversos

- [Caderno 6 \(Anvisa\) – Implantações do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde](#)
- [Caderno 7 \(Anvisa\) - Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde](#)
- [Nota Técnica GVIMS-GGTES-ANVIS nº 5, de 2019 A](#)

- [Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998](#)
- [Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 1º de abril de 2013](#)
- [Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde](#)
- [RDC nº 36, de 25 de julho de 2013](#)
- [Resolução Nº 63, de 25 de novembro de 2011](#)

13. Atenção Domiciliar

13.1. Concessão da assistência domiciliar

Os eventos de atenção domiciliar demandam autorização prévia, que deve ser solicitada pelo e-mail bcsaude.beneficios@bcb.gov.br.

No contexto da atenção domiciliar, a formalização da solicitação dos benefícios deve seguir orientações específicas, conforme a modalidade requerida. Na atenção domiciliar, antes da emissão de autorização para início dos atendimentos, o prestador poderá ser notificado sobre a possibilidade de sua designação para prestação dos cuidados a um beneficiário. A partir do recebimento da notificação pelo BC Saúde, o credenciado deverá realizar a avaliação do beneficiário no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, independentemente de o paciente encontrar-se hospitalizado ou em domicílio. Após a avaliação, será obrigatória a elaboração do relatório de programação assistencial, documento que deve comprovar se o prestador dispõe de estrutura física, suporte técnico e equipe multiprofissional compatíveis com as necessidades clínicas envolvidas, sendo esse relatório condição necessária para a autorização da assistência.

Observação: Na ausência de regras específicas neste capítulo, aplicam-se as gerais contidas neste Manual e nas demais normas do Programa.

13.2. Alterações e renovações da assistência domiciliar

Para fins de alterações e de renovações, devem ser consideradas as seguintes regras:

- a) A solicitação de inclusão de procedimentos não contemplados na autorização inicial ou na renovação de benefícios domiciliares deverá ser formalizada por meio de aditivo circunstanciado, pelo e-mail bcsaude.beneficios@bcb.gov.br;
- b) Especificamente no caso de internação domiciliar, os pedidos de aditivos posteriores deverão ser formalizados exclusivamente por meio do sistema Mapa (<https://www3.bcb.gov.br/pasbcmapa>);
- c) A renovação da atenção domiciliar deve ser solicitada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência;
- d) O relatório de renovação, considerado válido por até 30 dias de sua emissão, deve conter justificativa técnica, diagnóstico clínico atualizado e periodicidade dos atendimentos;

- e) Em caso de suspensão do atendimento domiciliar por internação hospitalar, o beneficiário poderá ser readmitido automaticamente, desde que não haja alteração no perfil clínico ou assistencial; e
- f) Alterações clínicas exigem nova avaliação e autorização do BC Saúde.

13.3. Situações emergenciais

Nos casos de urgência ou de emergência, aplicam-se os critérios abaixo:

- a) Em emergências clínicas com risco iminente de agravamento, eventos como consultas, procedimentos e medicações (inclusive de alto custo) poderão ser realizados sem autorização prévia;
- b) Será obrigatória a solicitação de autorização posterior, em até 10 dias corridos, com envio de relatório circunstanciado e justificativa clínica; e
- c) A autorização estará condicionada à análise da auditoria técnica.

13.4. Faturamento e auditoria da atenção domiciliar

Para o faturamento e a auditoria, devem ser observadas as regras a seguir:

- a) Para fins de faturamento, é obrigatória a apresentação da guia SADT devidamente assinada pelo profissional responsável e pelo beneficiário ou por seu representante legal, contendo a data de realização e a autorização do procedimento;
- b) É obrigatória a apresentação de prontuário completo, contendo evoluções e/ou relatórios da equipe multiprofissional, para todas as contas de internação domiciliar autorizadas para a rede credenciada, as quais serão, necessariamente, submetidas à auditoria *in loco*;
- c) Outras assistências domiciliares com utilização de materiais e de medicamentos, ainda que em formato de pacotes, não demandam apresentação obrigatória de prontuário completo e relatórios, que só serão solicitados pela auditoria em caso de necessidade; e
- d) O encerramento da assistência deve ser formalizado por alta, com notificação ao BC Saúde em até 2 dias úteis, ao e-mail bcsaude.beneficios@bcb.gov.br.

13.5. Pagamento de medicamentos e de materiais

13.5.1. Durante internação domiciliar:

- a) Os pacotes contemplam todos os insumos e os dispositivos necessários à assistência domiciliar, exceto OPMEs e os materiais para Terapia de Pressão Negativa. Não são autorizadas cobranças avulsas desses itens sem respaldo nas regras previstas na Tabela de eventos domiciliares do BC Saúde;
- b) Os medicamentos com custo inferior a R\$ 200,00 por unidade de apresentação administrada (ex.: comprimido, ampola, frasco) estão incluídos nos pacotes de internação;

- c) Para medicamentos cujo valor por dose de administração seja igual ou superior a R\$ 200,00, será necessária a apresentação de justificativa clínica e o encaminhamento de solicitação de aditivo, por meio do sistema Mapa;
- d) Sempre que possível, deverá ser priorizada a utilização de medicamentos genéricos;
- e) A referência de preços para os medicamentos são os valores da tabela Brasíndice Preço de Fábrica (PF) para medicamentos restritos hospitalares e a tabela Brasíndice Preço de Fábrica (PF) com inflator de 15% para os demais medicamentos;
- f) Para itens descontinuados na tabela de referência, será considerado o valor da última publicação ou, se indisponível, o valor da nota fiscal apresentada, com acréscimo de 15% como taxa de comercialização;
- g) Se o item não constar na tabela Brasíndice, o prestador deverá notificar previamente o BC Saúde, que avaliará a pertinência do uso. Nesses casos, a remuneração será feita com base no valor autorizado pelo Programa, acrescido de 15%, a título de taxa de comercialização;
- h) Em caso de discordância do valor calculado para o medicamento, o prestador poderá apresentar a nota fiscal de aquisição para avaliação pelo Programa da cobrança fora do pacote;
- i) Para uso de OPMEs, o prestador deverá solicitar autorização prévia e apresentar, sempre que possível, pelo menos 3 (três) orçamentos. O BC Saúde também poderá negociar o valor com fornecedores para faturamento em conta. Em ambos os casos, o faturamento se dará pelo valor da nota fiscal, com acréscimo de 15% como taxa de comercialização; e
- j) O pagamento dos medicamentos e dos materiais não inclusos nos pacotes está condicionado à autorização prévia e à evidência de uso registrada em prontuário.

13.5.2. Para outros pacotes de enfermagem domiciliar

Os valores de materiais e de medicamentos não incluídos nos pacotes seguirão as regras da Tabela de eventos domiciliares do BC Saúde.

13.5.3. Comprovação de entrega de materiais ou de insumos

A entrega de materiais aos familiares ou cuidadores, seja no contexto de dietoterapia ou no fornecimento de insumos para administração de medicações intravenosas, deverá ser formalizada por meio de recibo assinado, contendo obrigatoriamente: nome do responsável pelo recebimento, data da entrega, descrição e quantidade dos materiais fornecidos. O recibo deve ser arquivado e mantido à disposição da auditoria do BC Saúde, sempre que solicitado.

13.6. Atendimento especializado e terapias domiciliares

Aos atendimentos especializados e terapias domiciliares, aplicam-se as regras abaixo:

- a) Consultas especializadas devem considerar a codificação vigente, sendo vedado o pagamento de consulta do médico assistente como especialista para o mesmo atendimento;
- b) Atendimentos de urgência demandam pedido de autorização posterior, o qual deve ser apresentado em até 10 dias;
- c) A terapia por pressão negativa (TPN) inclui implantação, trocas, insumos e deslocamento; e
- d) Dietoterapia e oxigenoterapia devem ser justificadas por prescrição e relatório circunstanciado.

13.7. Eventos não médicos

Os atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição deverão ter duração mínima conforme orientação do conselho de classe de cada especialidade.

O atendimento de fisioterapia domiciliar abrange intervenções terapêuticas voltadas à reabilitação e à recuperação funcional, podendo contemplar demandas de natureza motora, respiratória, pélvica, cardíaca ou neurológica, conforme avaliação funcional e plano terapêutico individualizado.

Os atendimentos especializados realizados em domicílio serão autorizados quando, comprovadamente, não for possível o deslocamento do beneficiário até o consultório ou a uma unidade ambulatorial. A autorização está condicionada à apresentação de relatório médico contendo justificativa técnica que comprove a impossibilidade ou a contraindicação de locomoção, bem como a necessidade de acompanhamento ou de intervenção no domicílio.

13.8. Alta ou suspensão da atenção domiciliar

O término da prestação de qualquer assistência domiciliar deve ocorrer por meio da formalização da alta domiciliar, a qual pode ser motivada por diferentes razões, tais como melhora clínica do beneficiário, óbito, necessidade de reinternação hospitalar, decisão administrativa ou solicitação expressa do próprio beneficiário ou de seus familiares. Independentemente do motivo que justifique a alta, é imprescindível que o BC Saúde seja devidamente notificado de forma tempestiva e documentada, em até 2 dias úteis, por meio de mensagem encaminhada à caixa corporativa bcsaude.beneficios@bcb.gov.br, para fins de encerramento do serviço e/ou atualização dos registros assistenciais e administrativos pertinentes.

13.9. Eventos Adversos em atenção domiciliar

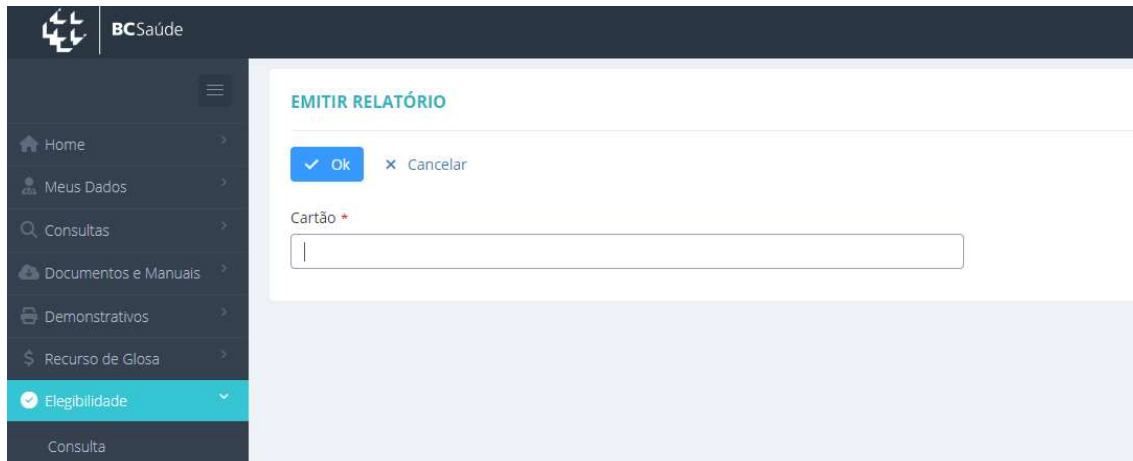
Em casos de eventos adversos, devem ser seguidas as mesmas regras da seção 12 deste Manual.

ANEXOS

ANEXO I – CONSULTA DE ELEGIBILIDADE

Onde consultar

Área restrita do Portal BC Saúde (<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/bcsaude>), menu Elegibilidade, opção Consulta > Emitir Relatório, por meio do número do cartão BC Saúde do beneficiário:



Possíveis resultados do relatório

a) Beneficiário elegível, sem carência, com cartão ativo

A consulta resultará na situação “Elegível, sem carência(s)”, para o beneficiário, e o cartão constará como “Ativo”. Além disso, o sistema confirmará que “Este(a) beneficiário(a) não possui carências”.

Isso significa que o beneficiário apresentou um cartão válido para faturamento da despesa e que o atendimento pode ser prestado normalmente, pois o beneficiário está ativo no Programa.



Consulta de Elegibilidade

Beneficiário(a): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Situação no BC Saúde: Elegível, sem carência(s)

Este(a) beneficiário(a) não possui carências

Cartão consultado: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Situação do cartão: Ativo

b) Beneficiário elegível, cumprindo carências, com cartão ativo

A consulta resultará na situação “Elegível, cumprindo carência(s)”, para o beneficiário, e não cartão constará como “Ativo”. Além disso, o sistema detalhará as carências existentes e as respectivas datas finais de vigência.

Isso significa que o beneficiário apresentou um cartão válido para faturamento da despesa e que o atendimento pode ser prestado, desde que a carência correspondente à natureza do evento já tenha sido cumprida.



Consulta de Elegibilidade

Beneficiário(a): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Situação no BC Saúde: Elegível, cumprindo carência(s)

Carências do(a) Beneficiário(a)	Data Final
60 dias - Exames complexos, terapias, diálises e tratamentos odontológicos	08/08/2025
180 dias - Internações clínicas, inclusive domiciliares e cirúrgicas	06/12/2025
300 dias para parto - conforme novo Regulamento aprovado pela Portaria 101.314/2019.	05/04/2026

Cartão consultado: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Situação do cartão: Ativo

c) Beneficiário elegível, sem carência, com cartão cancelado

A consulta resultará na situação “Elegível, sem carência(s)”, para o beneficiário, e o cartão constará como “Cancelado”. Além disso, o sistema informará que “Este(a) beneficiário(a) não possui carências”.

Isso significa que o beneficiário apresentou um cartão cancelado para faturamento da despesa.




Consulta de Elegibilidade

Beneficiário(a): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Situação no BC Saúde: **Elegível, sem carência(s)**

Este(a) beneficiário(a) não possui carências

Cartão consultado: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Situação do cartão: **Cancelado**

Atenção!

- Solicite ao beneficiário a apresentação do cartão vigente. A versão virtual dele está disponível na área restrita a beneficiários no Portal ou no aplicativo BC Saúde.
- Em caso de dificuldade de acesso ao Portal ou app, os beneficiários podem solicitar a cópia do cartão ao Atendimento BC Saúde.

Diante desse resultado, o prestador deve solicitar ao beneficiário a apresentação do cartão vigente, sendo possível consultar sua versão virtual na área restrita do Portal ou do aplicativo BC Saúde. Em caso de dificuldade de acesso ao Portal ou app, os beneficiários podem contatar o Atendimento BC Saúde para requerer a cópia do cartão atual. Para conferir os contatos do Atendimento, clique [aqui](#).

O atendimento somente deverá ser prestado se o cartão válido for apresentado, pois o BC Saúde só permite o faturamento com numeração de cartões vigentes.

d) Beneficiário elegível, cumprindo carências, com cartão cancelado

A consulta resultará na situação “Elegível, cumprindo carência(s)”, para o beneficiário, e o cartão constará como “Cancelado”. Além disso, o sistema detalhará as carências existentes e as respectivas datas finais de vigência.

Isso significa que o beneficiário apresentou um cartão cancelado para faturamento da despesa.




Consulta de Elegibilidade

Beneficiário(a): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Situação no BC Saúde: **Elegível, cumprindo carência(s)**

Carências do(a) Beneficiário(a)	Data Final
30 dias - Consultas, exames laboratoriais, ultrassonografias e ecografias	17/07/2025
60 dias - Exames complexos, terapias, diálises e tratamentos odontológicos	16/08/2025
180 dias - Internações clínicas, inclusive domiciliares e cirúrgicas	14/12/2025

Cartão consultado: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Situação do cartão: **Cancelado**

Atenção!

- Solicite ao beneficiário a apresentação do cartão vigente. A versão virtual dele está disponível na área restrita a beneficiários no Portal ou no aplicativo BC Saúde.
- Em caso de dificuldade de acesso ao Portal ou app, os beneficiários podem solicitar a cópia do cartão ao Atendimento BC Saúde.

Diante desse resultado, o prestador deve solicitar ao beneficiário a apresentação do cartão vigente, sendo possível consultar sua versão virtual na área restrita do Portal ou do aplicativo BC Saúde. Em caso de dificuldade de acesso ao Portal ou app, os beneficiários podem contatar o Atendimento BC Saúde para requerer a cópia do cartão atual. Para conferir os contatos do Atendimento, clique [aqui](#).

O atendimento somente deverá ser prestado se a carência correspondente à natureza do evento já tenha sido cumprida e se o cartão válido for apresentado, pois o BC Saúde só permite o faturamento com numeração de cartões vigentes.

e) Beneficiário cancelado

A consulta resultará na situação “Não Elegível”, para o beneficiário, e o cartão constará como “Cancelado”. Isso significa que o beneficiário não está mais inscrito no Programa.



Consulta de Elegibilidade	
Beneficiário(a):	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Situação no BC Saúde:	Não elegível
Cartão consultado:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Situação do cartão:	Cancelado

Nessa situação, é prudente que o prestador pergunte ao beneficiário se ele possui um cartão ativo do Programa, pois pode se tratar de um cartão antigo, já cancelado. Ele pode consultar sua versão virtual na área restrita do Portal ou do aplicativo BC Saúde. Em caso de dificuldade de acesso ao Portal ou app, os beneficiários podem contatar o Atendimento BC Saúde para requerer a cópia do cartão atual. Para conferir os contatos do Atendimento, clique [aqui](#).

f) Cartão com numeração inexistente

A consulta resultará em “Cartão Não Encontrado”.

Isso significa que o número do cartão informado não existe.



Consulta de Elegibilidade	
Cartão Não Encontrado	
Cartão consultado:	0123456789

Recomenda-se verificar se o número do cartão foi digitado corretamente.

ANEXO II – DOCUMENTOS PARA AUTORIZAÇÃO

TIPO DE PROCEDIMENTO	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	PRAZO DE ANÁLISE (DIAS ÚTEIS)
Medicamentos oncológicos	Relatório médico circunstanciado, emitido há menos de 60 dias, contendo: i. Justificativa técnica para indicação do medicamento e de tratamentos anteriores; ii. Laudo de exames diagnósticos, quando necessário; iii. Quantidade de ciclos e intervalos; iv. Dosagem dos medicamentos; v. Forma de administração; vi. Superfície corpórea e peso utilizados no cálculo da dosagem; vii. Data prevista para aplicação; e viii. Data, assinatura e identificação do médico solicitante.	10
Medicamentos ambulatoriais	Relatório médico circunstanciado, emitido há menos de 60 dias, contendo: i. Justificativa técnica para indicação do medicamento e de tratamentos anteriores; ii. Laudo de exames diagnósticos, quando necessário; iii. Posologia dos medicamentos; iv. Forma de administração; v. Data prevista para aplicação e tempo de tratamento; e vi. Data, assinatura e identificação do médico solicitante.	10
Medicamentos de alto custo	Relatório médico circunstanciado, emitido há menos de 60 dias, contendo: i. Justificativa técnica para indicação do medicamento e de tratamentos anteriores; ii. Laudo de exames diagnósticos, quando necessário; iii. Posologia do medicamento; iv. Forma de administração; v. Data prevista para aplicação e tempo de tratamento; e vi. Data, assinatura e identificação do médico solicitante. Observação: Nos casos de medicamentos com distribuição pela rede pública local, deverá ser apresentada declaração do órgão público de saúde informando a não disponibilização temporária ou definitiva do medicamento.	10
Medicamentos utilizados em regime de internação hospitalar (unidades com valor igual ou superior a 80% do salário mínimo - R\$ 1.214,40)	Relatório médico circunstanciado, contendo: i. Justificativa técnica para indicação do medicamento e de tratamentos anteriores; ii. Laudo de exames diagnósticos, quando necessário; iii. Posologia dos medicamentos; iv. Forma de administração; v. Data prevista para aplicação e tempo de tratamento; e vi. Data, assinatura e identificação do médico solicitante. Observação: em caso de necessidade de início de administração em prazo de até 48h, o pedido de autorização deverá obedecer às instruções de procedimentos de urgência/emergência.	10

Medicamentos utilizados em regime de internação domiciliar (unidades com valor igual ou superior a R\$ 200,00)	Relatório médico circunstanciado, contendo: i. Justificativa técnica para indicação do medicamento e de tratamentos anteriores; ii. Laudo de exames diagnósticos, quando necessário; iii. Posologia dos medicamentos; iv. Forma de administração; v. Data prevista para aplicação e tempo de tratamento; e vi. Data, assinatura e identificação do médico solicitante. Observação: em caso de necessidade de início de administração em prazo de até 48h, o pedido de autorização deverá obedecer às instruções de procedimentos de urgência/emergência.	10
Procedimentos cirúrgicos eletivos sem OPME	- Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de execução dos procedimentos/internação, o recebedor (CNPJ) dos honorários médicos e a forma de faturamento (particular ou credenciado); - Pedido médico com justificativa para o procedimento e codificação, conforme tabela contratada, emitido há menos de 60 dias; e - Laudo de exames diagnósticos.	10
Procedimentos cirúrgicos eletivos com OPME	- Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de execução dos procedimentos/internação, o recebedor (CNPJ) dos honorários médicos e a forma de faturamento (particular ou credenciado); - Pedido médico com justificativa para o procedimento e codificação, conforme tabela contratada, emitido há menos de 60 dias; - Laudo de exames diagnósticos; e - Relação de OPMEs com as características dos produtos compatíveis com a execução do procedimento.	15
Procedimentos cirúrgicos urgência/emergência sem OPME	- Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de execução dos procedimentos/internação, o recebedor (CNPJ) dos honorários médicos e a forma de faturamento (particular ou credenciado); - Pedido médico com codificação conforme tabela contratada e justificativa/evidências para realização do tratamento em regime de urgência/emergência; - Laudo de exames diagnósticos; - Descritivo cirúrgico e - Boletim anestésico.	10
Procedimentos cirúrgicos urgência/emergência com OPME	- Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de execução dos procedimentos/internação, o recebedor (CNPJ) dos honorários médicos e a forma de faturamento (particular ou credenciado); - Pedido médico com codificação conforme tabela contratada e justificativa/evidências para realização do tratamento em regime de urgência/emergência; - Laudos de exames diagnósticos; - Relação de OPMEs com as características dos produtos compatíveis com a execução do procedimento; - Lacres com registro ANVISA dos OPMEs utilizados; - Descritivo cirúrgico; - Boletim anestésico; e - Radioscopias.	15

Internação clínica e psiquiátrica	- Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de internação e o recebedor (CNPJ); - Pedido médico com justificativa para a internação e o tipo de acomodação, emitido há menos de 10 dias; e - Laudo de exames diagnósticos, caso necessário.	10
Exames diagnósticos de média complexidade sem OPME (endoscopias, tomografias odontológicas, OCT etc.)	- Pedido médico com data, identificação, assinatura do solicitante, justificativa para o procedimento e codificação, conforme tabela contratada, emitido há menos de 60 dias; e - Laudos de exames diagnósticos prévios, caso necessário.	5
Exames diagnósticos de alta complexidade (PET-CT, exames genéticos, cintilografia etc.)	- Pedido médico com data, identificação, assinatura do solicitante, justificativa para o procedimento e codificação, conforme tabela contratada, emitido há menos de 60 dias; e - Laudos de exames diagnósticos prévios, caso necessário.	7
Procedimentos que necessitam de perícia, conforme MCOP 5-4-4	- Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de execução dos procedimentos/internação, o recebedor (CNPJ) dos honorários médicos e a forma de faturamento (particular ou credenciado); - Pedido médico com justificativa para o procedimento, assinatura e identificação do solicitante e codificação, conforme tabela contratada, emitido há menos de 60 dias; - Laudo de exames diagnósticos, caso necessário; e - Relação de OPMEs com as características dos produtos compatíveis com a execução do procedimento.	15
Procedimentos multidisciplinares para PcD (pessoa com deficiência) ou em domicílio (cuidador, fisioterapia, fonoterapia etc.)	- Relatório médico circunstanciado, emitido há menos de 60 dias, com assinatura e identificação do solicitante e codificação conforme tabela contratada, com a proposta terapêutica e a programação detalhada dos procedimentos prescritos; - Laudo circunstanciado que ateste a condição de PcD, quando for o caso; - Laudo circunstanciado justificando a impossibilidade de locomoção para atendimento ambulatorial, nos casos solicitação de benefício domiciliar; e - Relatórios da equipe multidisciplinar sobre a evolução clínica do paciente, nos casos de prorrogação.	15

Procedimentos terapêuticos sem internação (biopsias, escleroterapia, diálises, implante de DIU etc.).	- Pedido médico com assinatura e identificação do solicitante, justificativa para o procedimento e codificação, conforme tabela contratada, emitido há menos de 60 dias; - Laudo de exames diagnósticos prévios, caso necessário; - Quantidade de sessões, no caso de procedimentos seriados; e - Relação de OPMEs com as características dos produtos compatíveis com a execução do procedimento, quando necessário.	7
Internação domiciliar	- Relatório médico circunstanciado, com identificação e assinatura do solicitante, emitido há menos de 60 dias, contendo: i. Diagnóstico da doença; ii. Indicação clínica para internação domiciliar, detalhando os cuidados exclusivamente técnicos que serão necessários, com as respectivas justificativas; iii. Terapias multidisciplinares indicadas e frequência; e iv. Relatórios da equipe multidisciplinar sobre a evolução clínica do paciente, nos casos de prorrogação.	15
Tratamento odontológico ambulatorial (orçamentos acima de R\$ 800,00)	- Orçamento odontológico, sem rasuras, com prazo máximo de 60 dias contendo: i. Trabalhos a serem executados; ii. Duração provável do tratamento, com previsão de início e término; iii. Odontograma ou a indicação dos dentes e das regiões envolvidas; iv. Radiografia, quando necessário; v. Código dos eventos; vi. Valor dos eventos; e vii. Identificação do profissional executor e seu registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), bem como assinatura.	5
Avaliação ou visita odontológica para pacientes internados	- Justificativa contida em relatório do médico assistente.	5

Observação 1: deverá ser solicitada autorização prévia para listas de OPMEs, relacionados a procedimentos cirúrgicos, cujo valor total seja superior a R\$ 1.000,00.

Observação 2: os materiais descartáveis não relacionados a procedimentos cirúrgicos serão autorizados conforme pertinência técnica e normativa, pela auditoria de contas *in loco*.

Observação 3: na atenção domiciliar, alguns materiais estão inclusos em seus respectivos pacotes, de acordo com a necessidade do paciente e com a tabela vigente. Nos casos específicos em que for exigida a utilização de materiais não convencionais (por condição clínica particular do beneficiário), será obrigatória a apresentação de justificativa técnica circunstanciada, acompanhada de três orçamentos dos materiais propostos, para análise prévia da auditoria técnica.

Observação 4: conforme comunicados enviados em 10 e em 11/6/2024, desde 7/6/2024 está dispensada a

necessidade de autorização para tomografias computadorizadas médicas, ressonâncias magnéticas e uso ambulatorial de doppler.

Observação 5: o uso do doppler só demandará autorização se estiver relacionado a ato cirúrgico.

ANEXO III – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS



1. DADOS DO PRESTADOR:

Prestador: _____
CNPJ: _____ UF: _____

2. DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A) PARA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO:

Nome completo (sem abreviações): _____
Data de Nascimento: ____/____/____ E-mail: _____
Telefone: () _____ Nº do Cartão BC Saúde: _____

3. CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO:

Tipo de Atendimento:

- ☐ Médico
☐ Odontológico

Regime de Atendimento:

- ☐ Credenciado ao BC Saúde
☐ Particular

Caráter:

- ☐ Eletivo
☐ Urgência/Emergência

Paciente Internado:

- ☐ Sim
☐ Não

Tipo de Acomodação:

- ☐ UTI
☐ Apartamento
☐ Ambulatório

Tipo de Tratamento:

- ☐ Cirúrgico
☐ Clínico

OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais):

- ☐ Sim
☐ Não

4. PACOTE NEGOCIADO (campo a ser preenchido exclusivamente por prestador credenciado):

- ☐ Sim
☐ Não

Código do Pacote: _____

5. PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS

- ☐ Hospital – CNPJ: _____
☐ Clínica – CNPJ: _____
☐ Associação – CNPJ: _____
☐ Particular (Livre escolha/reembolso)

6. PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS ANESTÉSICOS

- ☐ Hospital – CNPJ: _____
☐ Clínica – CNPJ: _____
☐ Associação – CNPJ: _____
☐ Particular (Livre escolha/reembolso)

7. OUTRAS INFORMAÇÕES:

Observações:

1. O pedido de autorização prévia deve ser enviado pelo credenciado. O Programa acatará pedido encaminhado por beneficiário somente quando se tratar de regime de Livre escolha – LE (reembolso/particular) ou para o fornecimento de medicamentos de alto custo ou oncológicos por rede referenciada.
2. Nos casos de urgência ou de emergência, inclusive ocorridos à noite ou nos finais de semana, a solicitação de autorização poderá ser enviada em **até 10 dias corridos** da data do atendimento.
3. A caixa corporativa para solicitação de autorização é bcsaude.autorizador@bcb.gov.br.
4. A tabela de documentos e de prazos para autorização está disponível na área restrita a prestadores, no Portal BC Saúde (<https://www3.bcb.gov.br/portalbcsaude/Login>), em Documentos e Manuais, arquivo “Manual do Prestador”, Anexo II. Ela também pode ser consultada [aqui](#).
5. A contagem do prazo de análise do pedido de autorização, pelo BC Saúde, inicia-se a partir da apresentação de toda a documentação exigida, conforme o tipo do evento. A equipe de regulação poderá solicitar informações complementares a beneficiários ou a prestadores, de forma a subsidiar a referida análise.

ANEXO IV – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO

Notificação de Eventos Adversos

Dados do Evento Adverso:

Data

Local

Nome do paciente

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino Idade Nº da carteirinha do beneficiário

Local da ocorrência do Evento:

- ☐ Sala de espera ☐ Banheiro
☐ Intra-operatório ☐ Enfermaria/Apartamento
☐ Outros. Qual?

Relato sucinto do evento

O Evento teve consequências para o paciente?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
☐ Paciente encaminhado para outro serviço

É possível identificar as causas deste evento?

- ☐ Sim. Qual (is)?

- ☐ Não

Notificado por:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| ☐ Médico | ☐ Enfermeiro | ☐ Administrativo | ☐ Fisioterapeuta |
| ☐ Fonoaudiólogo | ☐ Farmacêutico | ☐ Assistente Social | ☐ Psicólogo |
| ☐ Acompanhante | ☐ Paciente | ☐ Nutricionista | ☐ Dentista |
| ☐ Técnico/Auxiliar de enfermagem | ☐ Outro | | |

Tipos de Incidentes:

Assinale o evento ocorrido:

- ☐ Incidente / Evento Adverso durante procedimento cirúrgico
- ☐ Queda do paciente
- ☐ Úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado)
- ☐ Reação adversa ao uso de medicamentos
- ☐ Erros de medicação que causaram ou não danos à saúde do paciente (por exemplo, troca de medicamentos no momento da administração)
- ☐ Outros. Qual (is)?

Quem deve notificar?

De acordo com a RDC Anvisa nº 36/20132, todos os serviços de saúde (públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa) devem constituir NSP, criados para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, incluindo a notificação de incidentes/eventos adversos ocorridos no serviço de saúde.

Os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar são excluídos dessa obrigatoriedade.

Glossário:

Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;

Garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

ANEXO V – GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO

[illegible]

ANEXO VI – ITENS NÃO COBERTOS

Descrição	Justificativa
Agulha com dispositivo de segurança	EPI (NR Nº6 de 15/03/2012 portaria nº25/2001)
Avental descartável/cirúrgico	EPI (NR Nº6 de 15/03/2012 portaria nº25/2001) e utilizado em substituição de material permanente
Bocal para endoscopias	Material permanente
Bolsa termogel	Sem cobertura
Cadarço de silicone	Material permanente/faz parte do kit tubo
Caixa de isopor	Sem cobertura
Campo cirúrgico n/tecido estéril c/adesivo hipoalergênico / fenestrado	Material permanente
Caneta marcadora cirúrgica estéril	Material de preparo pré-cirúrgico
Cateter Nexiva	Sem justificativa técnica para substituição do jelco e polifix
Cavilon creme barreira/Cavilon spray	Não abonável. A prevenção primária de lesões de decúbitos é realizada com cuidados de enfermagem.
Cobertura para mesa	Material permanente
Comadre/papagaio	Material permanente reutilizável
Enxaguantes bucais (Ex. Copacol/Periogard)	Incluso na diária (higiene do paciente)
Hastes flexíveis (cotonetes)	Incluso na diária (higiene do paciente)
Dosador oral	Incluso na embalagem do medicamento
Escova c/sugador p/remoção placa bacteriana secreção oral	Incluso na diária (higiene do paciente)
Fio guia para intubação	Material permanente reutilizável
Frasco de aspiração vias aéreas	Material permanente
Gorro/touca	EPI (NR Nº6 de 15/03/2012 portaria nº25/2001)
Lâmina tricotomizador	Incluso na diária (higiene do paciente)
Luva de Procedimento	EPI (NR Nº 6 de 15/03/2012 portaria nº25/2001)
Máscara descartável/cirúrgica	EPI (NR Nº6 de 15/03/2012 portaria nº25/2001)
Máscara facial com almofada	Material permanente
Máscara facial com reservatório	Material permanente
Máscara facial tenda	Material permanente
Pinça cheron	Material permanente
Propé/sapatilha	EPI (NR Nº6 de 15/03/2012 portaria nº25/2001)
Protetor de colchão	Rouparia/ Enxoval
Protetor de lençol	Rouparia/ Enxoval
Q-Syte/ Conectores valvulados/Microclave	Material sem evidências técnicas de superioridade
Restritor de movimentos/MMII/MMSS	Conforme resolução Cofen 427, é vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.
Seringa preenchida	Inovação no mercado. Abona 10 ml de soro fisiológico, seringa 10 ml e agulha.
Sistema fechado para coletar sangue	Material de laboratório, incluso no exame
Solução degermante	Assepsia (profissional e paciente)
Tampa vedante/Curos tampa protetora c/álcool tiras	Incluso nos conectores

Toalha umedecida	Incluso na diária (higiene do paciente)
Tubo de silicone e látex (prolongamento), qualquer tipo ou modelo para o transporte de gases e fluídos	Material pertinente
Uro - stop- obturador cateter	Incluso nos cateteres e sondas
Óculos	EPI (NR Nº6 de 15/03/2012 portaria nº25/2001)

ANEXO VII – ITENS COBERTOS COM DIRETRIZES

Descrição	Justificativa	Observação
Adaptador para frasco de soro (Transofix)	Material descartável. Cobertura apenas de uma unidade em centro cirúrgico. Nos demais setores somente para o acesso aos recipientes de soluções parenterais em sistema fechado, com finalidade de retirar as soluções utilizadas nos procedimentos do tratamento de feridas (deve constar evoluído e justificado pela enfermagem em prontuário).	
Cateteres periféricos (jelco) (respeitar o limite de tentativas por profissionais)	Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações. Troca a cada 96h com prévia avaliação da fragilidade capilar.	Caderno 4 – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Anvisa)
Equipo de bomba de infusão contínua	Troca a cada 96h	Caderno 4 – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Anvisa)
Equipo de nutrição enteral	Ao término de cada etapa	Caderno 4 – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Anvisa)
Equipo de nutrição parenteral	Ao término de cada etapa	Caderno 4 – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Anvisa)
Equipo para acesso venoso profundo	Troca a cada 96h (com relato).	Trocar o equipo e dispositivo complementar utilizado para administrar o propofol (juntamente com o frasco do medicamento) de 6 – 12 horas (de acordo com a recomendação do fabricante).
Equipo simples para acesso periférico	Troca a cada 96h, intermitente a cada 24h (com relato).	Caderno 4 – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Anvisa)
Equipo de sangue e derivados	Troca após a administração	Caderno 4 – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Anvisa)
Filtro bacteriano	Sem cobertura para uso em centro cirúrgico, não há consenso na literatura científica sobre os benefícios do seu uso. Em UTI, troca a cada 96h ou de acordo com a necessidade (relatado pela fisioterapia).	

Frasco para água	Cobertura conforme relato em prontuário	
Frasco para dieta	Utilizado somente em sistema aberto. Pago conforme relato em prontuário.	
Luva cirúrgica antialérgica	Somente em caso de paciente alérgico a látex. Necessária evolução em prontuário	
Polifix e Microfix	Devem obedecer aos mesmos critérios usados para os equipos de acesso venoso profundo e periférico.	
Sensor quatro BIS	Coberto nos seguintes casos: 1. Resistência ou tolerância aos agentes anestésicos como, uso ou abuso prévio de drogas (Por exemplo: opioides, benzodiazepínicos, cocaína); 2. Pacientes em tratamento de dor crônica com doses; 3. Pacientes com escore elevado de risco cirúrgico (estado físico 4 ou 5, pela classificação da ASA; 4. Pacientes com proposta de hipotermia intraoperatória cirúrgica e não cirúrgica, pacientes obesos (com índice de massa corporal maior que 35); 5. Pacientes com via aérea difícil, cirurgias de monitorização neurológica intraoperatória (com tireoide, mastoide, artrodeses, escolioses etc), cirurgias de urgência e emergência com instabilidade hemodinâmica; 6. Cirurgia de grande porte e /ou cirurgias com duração acima de 4h.	PARECER CFM nº 30/1
Torneirinhas	Coberto nos seguintes casos: 1. A torneirinha 3 vias é indicada para aumentar o acesso venoso em três linhas distintas, sendo duas linhas de infusão e uma de acesso venoso, bem como controlar o direcionamento do fluxo de soluções; 2. Utilizado na aplicação de medicamentos em terapias intravenosas, contínuas ou intermitentes; 3. Troca a cada 96 horas; 4. Sem cobertura em Pronto Socorro.	
Tubo para extensão	Abonáveis em casos de TC, RM de crânio e pescoço.	

ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EVENTO POR TELEMEDICINA



Comprovante de Atendimento

Eu, nome do beneficiário>, número do cartão BC Saúde, solicitei teleatendimento com o profissional assistente <nome do prestador>, CRP/CRM: <inscrição no Conselho correspondente>, para as sessões de <especialidade assistida> referentes aos dias <data (s) do (s) atendimento (s)>, conforme estabelecido pela Portaria Nº 467, de 20 de março de 2020, Ministério da Saúde, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina.

Fui esclarecido que os serviços de atendimento por meios tecnológicos de comunicação a distância não se caracterizam como nova cobertura de procedimentos, mas apenas como modalidade de atendimento não presencial e que haverá incidência da devida coparticipação dos serviços prestados, nos moldes já estabelecidos nas normas vigentes do BC Saúde.

Recebi os esclarecimentos necessários sobre a formalização do teleatendimento mediante redação deste comprovante de atendimento para fins de comprovação dos serviços prestados e ainda quanto à conformidade ética da relação profissional-paciente, de modo a evitar as sanções previstas pelos Códigos de Ética estabelecidos pelo Conselho de classe.

Tendo sido orientado sobre o teor desta declaração e compreendido a natureza e o objetivo do documento, declaro que o atendimento foi realizado e estou totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico adicional, a receber ou a pagar pelo serviço prestado, cabendo apenas a cobrança da Participação Pessoal Direta Limita (PDL), em conformidade com as normas vigentes do Programa.

Declaro ainda, para os devidos fins, que as informações aqui contidas são verdadeiras e que estou submetido às penalidades estabelecidas no Regulamento do BC Saúde por quaisquer informações falsas prestadas.

ANEXO IX – GLOSSÁRIO

Emergência: evento que implique risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

Materiais Especiais: quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela Anvisa.

MCOP: sigla para Manual de Critérios e Orientações do PASBC/BC Saúde, documento que contém o detalhamento das normas complementares ao Regulamento do BC Saúde, disponível para consulta na área de acesso exclusivo do Portal BC Saúde (<https://www.bcb.gov.br/bcsaude>), opção Documentos e Manuais > Normativo.

Medicamento ambulatorial: aquele que demande a participação de profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem) para sua administração, conforme indicação em bula, fora do regime de internação, seja ele hospitalar ou domiciliar. Também se enquadra como medicamento ambulatorial aquele classificado como de uso restrito hospitalar, conforme bula.

Medicamento de alto custo: aquele cuja despesa total para até 30 dias de tratamento seja igual ou superior a critério financeiro adotado pelo Programa, cuja administração não dependa de atuação de profissional técnico.

OPME: sigla para Órteses, Próteses e Materiais Especiais, são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

Órteses: peças ou aparelhos de correção ou de complementação de membros ou de órgãos do corpo. Também definidas como quaisquer materiais permanentes ou transitórios que auxiliem as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo considerados como não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Próteses: peças ou aparelhos de substituição dos membros ou dos órgãos do corpo. Compreendem quaisquer materiais permanentes ou transitórios que substituam total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Urgência: evento decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo de gestação.