

Manual do Prestador

Atualização – Fevereiro de 2026



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:.....	24
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	26
ANEXOS.....	27
ANEXO I – CONSULTA DE ELEGIBILIDADE	27
ANEXO II – DOCUMENTOS PARA AUTORIZAÇÃO	31
ANEXO III – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	36
ANEXO IV – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO.....	37
ANEXO V – GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO.....	39
ANEXO VI – ITENS NÃO COBERTOS.....	40
ANEXO VII – ITENS COBERTOS COM DIRETRIZES.....	42
ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EVENTO POR TELEMEDICINA.....	44
ANEXO IX – GLOSSÁRIO	45

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. Demais visitas uma vez por semana.
	ENFERMEIRO	Visitas de dois em dois dias.
APARTAMENTO	MÉDICO	Visitas a cada 5 dias úteis.
	ENFERMEIRO	Visitas de dois em dois dias.
INTERNAÇÃO DOMICILIAR	ENFERMEIRO	Uma visita mensal
INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA	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:

- a) Registro histórico da admissão do paciente, conforme prontuário médico e de enfermagem (item obrigatório somente na primeira visita);
- b) Data da internação (item obrigatório somente na primeira visita);
- c) Acomodação atual. Nos casos de alteração de acomodação, é necessário informar a data de admissão na atual acomodação;
- d) Diagnóstico inicial (primeira visita). A partir da segunda visita, é necessário avaliar se o paciente permanece com o mesmo diagnóstico da internação;
- e) Comorbidades (item obrigatório somente na primeira visita);
- f) 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;
- g) Registro de antibioticoterapia ou de outras medicações relevantes. Nos casos de modificação de conduta, necessário registrar o motivo da alteração;
- h) Resultados relevantes de exames realizados e informação sobre eventuais pendências de autorização;
- i) Existência de indicação médica para tratamento conservador ou cirúrgico e informação sobre eventuais pendências de autorização;
- j) Evoluções clínicas em relação à visita anterior;
- k) Registro de possibilidade de avaliação para alta hospitalar, quando o quadro clínico permitir;
- l) 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@bennerbposau.de.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\$1.296,80), 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.

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 anestesiólogistas.

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

Observações:

- Este capítulo, em especial o item 13.5, é aplicável aos prestadores que firmaram termos de credenciamento com base no [Edital de Chamamento Público nº228/2025](#). Caso não tenha aderido, continue observando as regras contidas em seu termo de credenciamento antigo, ainda vigentes.
- Na ausência de regras específicas neste capítulo, aplicam-se as gerais contidas neste Manual e nas demais normas do Programa.

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.

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 60 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, mediante apresentação de relatório médico.

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

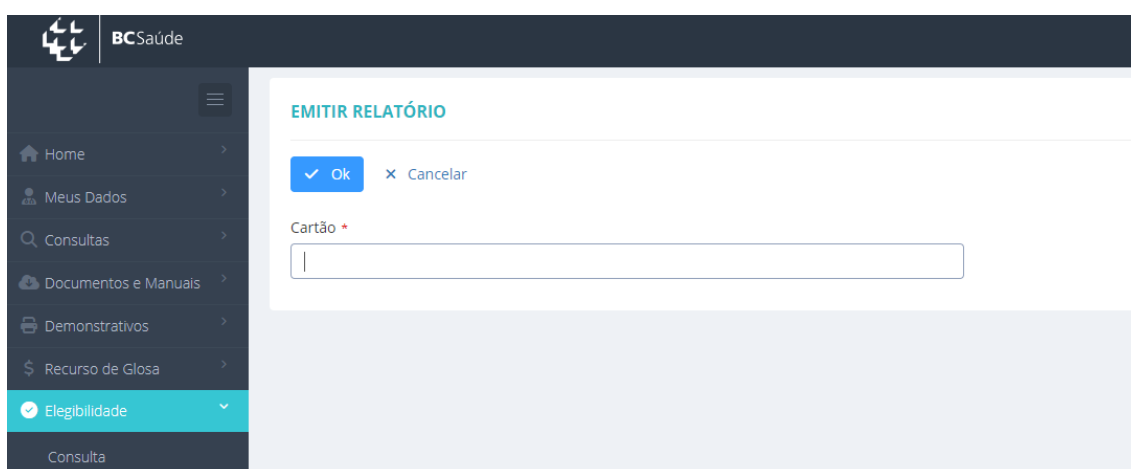
Em casos de eventos adversos, devem ser seguidas as mesmas regras da seção 12 deste Manual.

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): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

Este(a) beneficiário(a) não possui carências

Cartão consultado: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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

Este(a) beneficiário(a) não possui carências

Cartão consultado: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Situação do cartão: **Cancelado**

Atenção!

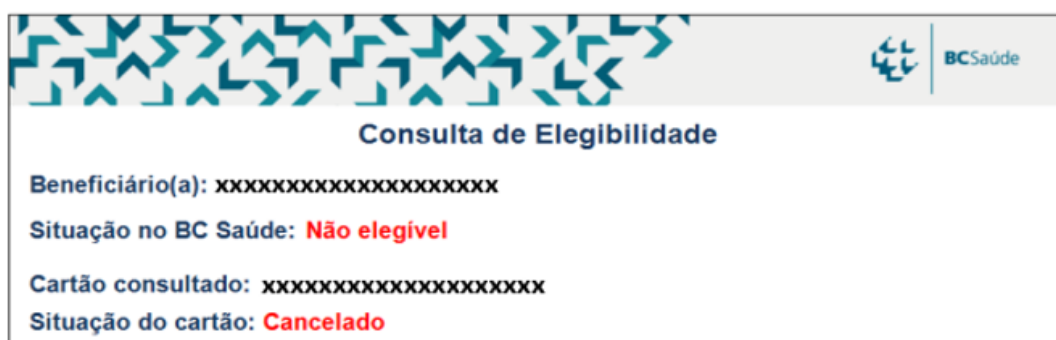
- Solicite ao beneficiário a apresentação do cartão vigente. A versão virtual dele está disponível na área restrita a beneficiários no Portal ou no aplicativo BC Saúde.
- Em caso de dificuldade de acesso ao Portal ou app, os beneficiários podem solicitar a cópia do cartão ao Atendimento BC Saúde.

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.



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.



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	<p>Relatório médico circunstanciado, emitido há menos de 60 dias, contendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Relatório médico circunstanciado, emitido há menos de 60 dias, contendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Relatório médico circunstanciado, emitido há menos de 60 dias, contendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>	10
Medicamentos utilizados em regime de internação hospitalar e domiciliar (unidades com valor igual ou superior a 80% do salário mínimo - R\$1.296,80)	<p>Relatório médico circunstanciado, contendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>	10

<p>Medicamentos utilizados em regime de internação domiciliar (unidades com valor igual ou superior a R\$ 200,00 e menor a 80% do salário mínimo)</p> <p>Atenção! Esta regra é válida somente para prestadores que já se credenciaram por meio do Chamamento Público nº 228/2025.</p>	<p>Relatório médico circunstanciado, contendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Justificativa técnica para indicação do medicamento e de tratamentos anteriores, quando necessário; 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. <p>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.</p>	<p>10</p>
<p>Procedimentos cirúrgicos eletivos sem OPME</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>10</p>
<p>Procedimentos cirúrgicos eletivos com OPME</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>15</p>
<p>Procedimentos cirúrgicos urgência/emergência sem OPME</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>10</p>
<p>Procedimentos cirúrgicos urgência/emergência com OPME</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>15</p>

<p>Internação clínica e psiquiátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de internação e o receptor (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. 	<p>10</p>
<p>Exames diagnósticos de média complexidade sem OPME (endoscopias, tomografias odontológicas, OCT etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>5</p>
<p>Exames diagnósticos de alta complexidade (PET-CT, exames genéticos, cintilografia etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>7</p>
<p>Procedimentos que necessitam de perícia, conforme MCOP 5-4-4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Guia de solicitação assinada e datada, contendo o local de execução dos procedimentos/internação, o receptor (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. 	<p>15</p>
<p>Procedimentos multidisciplinares para PcD (pessoa com deficiência) ou em domicílio (cuidador, fisioterapia, fonoterapia etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>15</p>
<p>Procedimentos terapêuticos sem internação (biopsias, escleroterapia, diálises, implante de DIU etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>7</p>

<p>Internação domiciliar</p>	<p>Relatório médico circunstanciado, com identificação e assinatura do solicitante, emitido há menos de 60 dias, contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>15</p>
<p>Curativos (atenção domiciliar em geral)</p>	<p>Relatório médico circunstanciado, com identificação e assinatura do solicitante, emitido há menos de 60 dias, contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Exame clínico detalhando, no mínimo: história atual, comorbidades, história pregressa, limitações funcionais primárias e secundárias, classificação de risco para ferida (no caso de prevenção), história evolutiva e caracterização completa da ferida (no caso de tratamento); ii. Exames realizados, se houver; e iii. Fotografias da ferida. 	<p>15</p>
<p>Atenção domiciliar (assistências domiciliares em geral, exceto internação)</p>	<p>Relatório médico circunstanciado com indicação expressa para atendimento especializado domiciliar, com identificação e assinatura do solicitante, emitido há menos de 60 dias, contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Diagnóstico da doença; ii. Justificativa para a utilização do benefício em âmbito domiciliar; iii. Prazo previsto para utilização do benefício; e iv. Quantidade e periodicidade dos atendimentos. 	<p>15</p>
<p>Tratamento odontológico ambulatorial (orçamentos acima de R\$ 800,00)</p>	<p>Orçamento odontológico, sem rasuras, com prazo máximo de 60 dias contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>5</p>
<p>Avaliação ou visita odontológica para pacientes internados</p>	<p>- Justificativa contida em relatório do médico assistente.</p>	<p>5</p>

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:

- 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.
- 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.
- A caixa corporativa para solicitação de autorização é bcsaude.autorizador@bcb.gov.br.
- 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](#).
- 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.

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:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Administrativo | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo | <input type="checkbox"/> Farmacêutico | <input type="checkbox"/> Assistente Social | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Acompanhante | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Nutricionista | <input type="checkbox"/> Dentista |
| <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de enfermagem | <input type="checkbox"/> 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 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.	



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.