

MANUAL DO PRESTADOR

Capítulo 14 - Credenciamento e prestação de serviços de APS, OMT e APH

Atualização - Julho de 2026

Observações:

- Este capítulo é aplicável aos prestadores que firmaram termos de credenciamento com base no Edital de Chamamento Público de APS/OMT/APH.
- Na ausência de regras específicas neste capítulo, aplicam-se as gerais contidas neste Manual, no MCOP e nas demais normas do Programa.

14. Credenciamento e prestação de serviços de APS, OMT e APH**14.1. Objeto e conceitos**

A Atenção Primária à Saúde (APS) do BC Saúde é o serviço estruturado como porta de entrada assistencial do Programa, responsável pela coordenação do cuidado e pelo acompanhamento longitudinal dos beneficiários, articulando os demais níveis de atenção. Complementarmente, o credenciamento contempla os serviços de Orientação Médica por telefone ou vídeo (OMT), disponível 24 horas por dia, e de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), incluindo a remoção por ambulância.

O escopo dos serviços de APS, OMT e APH e a respectiva carteira de procedimentos observam o disposto no Anexo II do Edital de Chamamento Público e na tabela pactuada no Termo de Credenciamento.

Base normativa: Manual de Critérios e Orientações do PASBC/BC Saúde (MCOP).

14.2. Modalidades de credenciamento

O prestador poderá se credenciar para um ou mais serviços em uma ou mais localidades, observadas as regras:

- a) o prestador credenciado para a realização de remoções por ambulância deverá, obrigatoriamente, disponibilizar o serviço de OMT/APH, em regime de funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- b) o prestador de APS poderá se credenciar independentemente da oferta de serviços de ambulância ou de OMT/APH;

14.3. Estrutura, equipe e requisitos da APS**Requisitos mínimos do credenciado APS:**

- manter médico responsável técnico;
- fornecer prontuário eletrônico;
- ter capacidade de prescrição eletrônica;
- efetuar registro e histórico longitudinal de atendimentos;
- manter a equipe multiprofissional mínima; e
- viabilizar acesso eletrônico para envio de relatórios ao BC Saúde.

A clínica credenciada para prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) deverá dispor de equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médico de família e comunidade ou médico clínico geral, profissionais de enfermagem, psicologia e nutrição, bem como apresentar estrutura e organização assistencial compatíveis com os seguintes atributos essenciais:

- a) porta de entrada: primeiro ponto de contato do beneficiário com a rede assistencial;
- b) vínculo: estabelecimento de equipe de referência para acompanhamento longitudinal do beneficiário;
- c) coordenação do cuidado: orientação e acompanhamento da trajetória assistencial do beneficiário na rede credenciada;
- d) resolutividade: capacidade de resolver a maior parte das demandas clínicas de baixa e média complexidade;
- e) educação e engajamento: promoção do autocuidado, da prevenção de agravos e da adoção de hábitos saudáveis.

Estratificação de risco: o credenciado deverá adotar metodologia capaz de identificar beneficiários de baixo risco, médio risco, alto risco e perfil complexo, mantendo os critérios disponíveis ao BC Saúde para monitoramento, auditoria e avaliação contratual. Beneficiários classificados como complexos poderão possuir Plano Individual de Cuidado.

14.4. Escopo dos serviços

Integram o escopo, entre outros, as consultas de atenção primária e a coordenação do cuidado, consultas domiciliares (detalhamento na seção seguinte deste documento), a gestão de condições crônicas, os atendimentos de nutrição e de psicologia, os programas preventivos, os pequenos procedimentos ambulatoriais e os canais digitais de relacionamento, na forma detalhada no Anexo II do Edital de Chamamento Público.

Além disso, o credenciado APS deverá encaminhar mensalmente o Relatório de Atendimentos (Anexo IV do edital), base para o acompanhamento assistencial e para a manutenção da elegibilidade dos beneficiários ao Programa;

14.5. Atendimento domiciliar na APS

A consulta médica domiciliar destina-se ao beneficiário que não possa se deslocar até a clínica por condição clínica ou funcional, bem como àquele que tenha recebido alta hospitalar e necessite de acompanhamento para prevenção de reinternações. Aplicam-se os critérios de elegibilidade e as regras de autorização a seguir.

14.5.1. Critérios de elegibilidade. O atendimento domiciliar poderá ser realizado ao beneficiário que atenda a pelo menos um dos critérios a seguir, mediante indicação clínica registrada em prontuário:

- a) egresso de internação hospitalar, conforme autorização de primeira consulta, encaminhada pelo BC Saúde, com histórico do paciente, observadas as regras a seguir:
 - O agendamento deverá ocorrer em até 7 dias do recebimento da autorização;
 - O contato com o paciente ou responsável é de responsabilidade do prestador;
 - O BC Saúde encaminhará um resumo do histórico do paciente no campo observações, assim como seu contato ou do responsável.
- b) restrição ao leito ou limitação funcional relevante que impeça o deslocamento à clínica;
- c) doença crônica complexa ou de alto risco em acompanhamento programado, com necessidade de reavaliação no domicílio;
- d) condição aguda incapacitante, média ou alta complexidade, em beneficiário impossibilitado de deslocamento;
- e) dificuldade de deslocamento decorrente de fragilidade ou de outra causa clínica devidamente justificada.

14.5.2. Finalidades assistenciais. Durante o atendimento domiciliar, a equipe poderá realizar, conforme o caso: avaliação clínica e manejo de intercorrências; reavaliação e atualização do plano de cuidado; reconciliação medicamentosa; educação em saúde e orientação a cuidadores e familiares; e articulação com a rede credenciada. Tais atividades integram a consulta domiciliar e não constituem eventos de faturamento adicionais.

14.5.3. Autorização, prazos e documentos. Observam-se as seguintes regras:

- a) todos os atendimentos domiciliares estarão condicionados a autorização prévia;
- b) o pedido de autorização deverá ser encaminhado pelo prestador à caixa corporativa **bcsaude.beneficios@bcb.gov.br**, acompanhada de relatório circunstanciado e observados os prazos de análise constantes do Anexo II deste Manual;
- c) a contagem do prazo de análise inicia-se a partir da apresentação de toda a documentação exigida; havendo pendências, o prazo não se inicia enquanto não forem encaminhadas as informações ou os documentos requeridos;
- d) a busca ativa domiciliar dar-se-á de forma condicionada, nas hipóteses de: (i) autorização do beneficiário para ser procurado pela clínica após o primeiro atendimento; e (ii) após a ocorrência de desinternação;
- e) o atendimento domiciliar é remunerado exclusivamente como consulta médica domiciliar, conforme a tabela pactuada.

Importante! A consulta domiciliar de APS não se confunde com os benefícios de atenção domiciliar do Capítulo 13. Ela integra a carteira da APS e visa à coordenação do cuidado, não à substituição de internação domiciliar. Quando exigida autorização prévia, o pedido deve observar o canal e a documentação previstos no **Anexo II** deste Manual.

14.6. Forma de remuneração

Os serviços de APS, OMT e APH são remunerados por evento, conforme os códigos e valores constantes do Anexo II do Edital de Chamamento Público e da tabela pactuada no Termo de Credenciamento.

Materiais e medicamentos: o pacote de materiais e medicamentos destina-se exclusivamente à cobertura dos pequenos procedimentos ambulatoriais previstos no Anexo II do Edital, não abrangendo medicamentos de uso continuado e nem materiais especiais. Cada pequeno procedimento é remunerado pela consulta acrescida do pacote referente aos materiais e medicamentos usados durante o atendimento. Os pacotes são classificados conforme o seu grau de complexidade (baixa, média ou alta), conforme a tabela pactuada. Os valores já contemplam também a remuneração pelas atividades administrativas e logísticas relacionadas.

14.7. OMT e APH

- a) OMT: prestação de orientação médica por telefone ou vídeo, disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo suporte pré-hospitalar em situações de urgência e emergência;
- b) remoção por ambulância: tempo de resposta (início do deslocamento) de até 15 minutos na área de cobertura, compreendida pela localidade credenciada e respectivo entorno de até 50 km, com médico ou enfermeiro embarcado conforme a modalidade assistencial;
- c) remoção básica, Tipo B: aplicável quando o paciente, após estabilização pelo APH, segue para o hospital em condições estáveis, dispensada a continuidade de suporte avançado durante o transporte, admitido o deslocamento por ambulância Tipo B com técnico de enfermagem;
- d) remoção avançada, Tipo D: aplicável quando o paciente permanece instável e demanda manutenção de Suporte Avançado de Vida (SAV) durante todo o trajeto, exigindo ambulância Tipo D (UTI móvel);
- e) regulação: o contato com o hospital para o qual o beneficiário será removido é de responsabilidade da empresa de OMT/APH.

14.8. Faturamento, relatórios e auditoria

- a) antes de cada atendimento, o credenciado deverá verificar a elegibilidade do beneficiário, na forma do Anexo I deste Manual;
- b) APS:

- Consultas e sessões presenciais: é obrigatória a apresentação da guia devidamente assinada pelo profissional responsável e pelo beneficiário ou por seu representante legal;
- Pequenos procedimentos (consulta médica presencial e pacotes): é obrigatória a apresentação da guia devidamente assinada pelo profissional responsável e pelo beneficiário ou por seu representante legal, além de relatório referente ao atendimento prestado;
- Consultas e sessões por vídeo: é obrigatória a apresentação da “Declaração de realização de evento por Telemedicina” – Anexo VIII;
- Consultas domiciliares: é obrigatória a apresentação de guia devidamente assinada pelo profissional responsável e pelo beneficiário ou por seu representante legal e autorização;
- Ações educativas: deverá constar relatório com registro mínimo contendo data, profissional responsável, tema desenvolvido, objetivo da ação, número de participantes, lista de presença, autorização prévia para realização do evento e aprovação pelo BC do evento realizado.

c) OMT:

- Obrigatória a apresentação de lista dos atendimentos realizados no mês, além das guias assinadas pelo beneficiário ou por seu representante legal;

d) APH/Remoção:

- Obrigatória a apresentação de guia assinada pelo beneficiário ou por seu representante legal e de relatório técnico sobre o atendimento.

e) os eventos são faturados conforme os códigos e valores da tabela pactuada e as regras gerais de faturamento deste Manual;

f) eventuais eventos adversos ocorridos observam as regras do Capítulo 12 deste Manual.