

ANEXO A



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE BOA VISTA
GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA**

PROJETO BÁSICO

CREDENCIAMENTO DA SAÚDE COMPLEMENTAR

1 OBJETO

1.1 Credenciamento de Organizações de Saúde Externas (OSE) e Profissionais Liberais Autônomos (PLA) no âmbito no Estado do Roraima com a finalidade de conferir ao Base Aérea de Boa Vista (BABV) e ao Grupo de Saúde de Boa Vista (GSAU-BV), a comprovação de que a instituição ou o profissional liberal possui as condições necessárias, conforme preceituado no artigo 74, §3º da Lei Federal nº 14.133/2021, para o credenciamento por inexigibilidade de licitação, objetivando a prestação de serviços assistência médica, médico-hospitalar, ambulatorial, internação, serviço auxiliar ao diagnóstico de enfermidade, de fonoaudiologia, de fisioterapia, de nutrição, de psicologia, de terapia ocupacional, laboratorial, odontologia e outros serviços de saúde a serem complementados aos beneficiários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) do GSAU-BV, na jurisdição do BABV.

1.2 Em atenção aos objetivos desse Projeto Básico (PB), as OSE e os PLA serão doravante denominados Credenciados, a BABV será denominado Credenciante e os beneficiários do FUNSA procedentes da BABV serão denominados Beneficiários.

2 DOS ANEXOS

São integrantes do PROJETO BÁSICO os seguintes anexos:

- a) apêndice I – Modelo de Guia de Apresentação de Beneficiário;
- b) apêndice II – Modelo de Guia de Encaminhamento para Assistência Médico-Hospitalar (GEAM);
- c) apêndice III – Modelo de Relatório de Visita Técnica; e
- d) apêndice IV – Modelo de Mapa de Risco.

3 JUSTIFICATIVA

3.1 Conforme dispõe a letra “e” do inciso IV do artigo 50 da Lei nº 6.880/80, Estatuto dos Militares, o militar possui direito à assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim

entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários.

3.2 Este direito, na guarnição da BABV, sediada em Boa Vista-RR, é assegurado pelo GSAU-BV, que desenvolve serviços de assistência básica ao militar e seus dependentes, perfazendo um total de 3 (três) mil usuários do sistema. No entanto, classificado como hospital de 2º escalão dentro da Força Aérea Brasileira, este Grupo de Saúde não possui profissionais capacitados nem instalações para prestar todo apoio necessário aos beneficiários, assim, verificando-se a necessidade de complementação dos serviços de saúde por insuficiência de rede própria, recorrendo, portanto, ao credenciamento.

3.3 Vale mencionar que, em função da relevância pública e de suas especificidades, visando a manutenção e eficiência dos serviços, é usual a Administração contratar serviços médico-hospitalares através de credenciamento de clínicas, profissionais ou laboratórios que preencham determinados requisitos, a serem remunerados por procedimentos, segundo tabela preestabelecida.

3.4 Por fim, o TCU – Tribunal de Contas da União corroborou o entendimento doutrinário segundo o qual o credenciamento pode ser entendido como “a permissão de execução de serviços, caracterizada pela unilateralidade, discricionariedade e precariedade”, adotando o referido sistema para prestar assistência médica aos seus próprios servidores. O custo anual estimado com o processo de credenciamento considerando estimativa anual de serviços a serem credenciados é de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), a ser suportado no programa 2108 (Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Defesa), Ação Orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes), Fontes 0100000000, 0250120069, 0280120320, 0250120350 e 0250120550, natureza de despesa 3.3.90.39.00 (Pessoa Jurídica) e 3.3.90.36.00 (Pessoa Física).

4 DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES

4.1 O Credenciado prestará os serviços de atendimento e assistência à saúde aos Beneficiários deste credenciamento, no âmbito de suas especialidades, em suas próprias dependências e instalações, no endereço indicado pelo mesmo.

4.2 Os atendimentos serão feitos de acordo com a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) procedente do GSAU-BV, constante no Apêndice I deste PB, aos Beneficiários juntamente com sua correta identificação, de acordo com o item de número 5 (cinco) deste PB.

4.3 As condições de habilitação e qualificação exigidas nesse PB e Termo de Credenciamento (TC) deverão ser mantidas durante todo o período de sua vigência. Se no decorrer do referido período comprovar-se a má qualidade na prestação de seus serviços ou a ocorrência de eventos adversos, obriga-se o Credenciado a refazê-los, sem qualquer custo adicional para o Credenciante. Os eventos adversos aqui mencionados estão de acordo com a RDC da ANVISA nº 36 de 25 de julho de 2013.

4.4 As condições de que trata o parágrafo anterior referem-se à assistência médico-hospitalar nas especialidades citadas abaixo, desde que devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentadas por lei:

- a) pronto-socorro Geral para atendimento dos casos de urgência e emergência;
- b) internação, procedimentos e cirurgias eletivas quando encaminhados por médico do corpo clínico do Credenciado;

- c) atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada, quando encaminhados por médico do corpo clínico do Credenciado;
- d) internações hospitalares, e em centro de terapia intensiva, ou similar, em hospitais ou clínicas especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- e) cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima edição, da Organização mundial de Saúde (CID 10);
- f) centro cirúrgico geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais;
- g) serviços médicos, serviços gerais de enfermagem, nutrição e acompanhante, se necessário, durante o período de internação;
- h) exames de diagnóstico e imagem ambulatoriais, urgência, emergência e internação;
- i) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar ou em complementação ao atendimento ambulatorial, de urgência e emergência;
- j) taxas e materiais utilizados, como órteses e próteses cirúrgicas, quando necessárias ao ato cirúrgico e fornecido pelo Credenciado ou por quem ele indicar, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro;
- k) serão credenciados serviços para realização de consultas, internações hospitalares, cirurgias, procedimentos médicos e exames complementares relativos às seguintes especialidades médico assistenciais:
- Alergologia;
 - Anatomia patológica;
 - Anestesiologia;
 - Angiologia;
 - Arritmologia;
 - Cardiologia;
 - Cirurgia buco maxilofacial;
 - Cirurgia cardíaca;
 - Cirurgia de cabeça e pescoço;
 - Cirurgia geral;
 - Cirurgias videolaparoscópicas;

- Cirurgia pediátrica;
- Cirurgia plástica;
- Cirurgia torácica;
- Cirurgia vascular;
- Clínica médica;
- Dermatologia;
- Doenças infectocontagiosas;
- Endocrinologia;
- Endoscopia digestiva alta e baixa;
- Fisiatria;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Gastroenterologia;
- Ginecologia;
- Hematologia;
- Hemodiálise;
- Hepatologia;
- Imageologia geral e intervencionista;
- Infectologia;
- Mastologia;
- Medicina hiperbárica;
- Medicina nuclear;
- Medicina intensiva (em U.T.I. geral, neonatologia, unidade coronariana, centro de tratamento de queimados);
- Nefrologia;
- Neonatologia;
- Neurocirurgia;
- Neurologia;
- Neuropediatria;
- Nutrologia / nutrição enteral e parenteral;

- Obstetrícia;
- Oftalmologia;
- Oncologia;
- Ortopedia e traumatologia;
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Proctologia;
- Pronto atendimento (pronto-socorro);
- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Retinologia;
- Reumatologia;
- Serviços de remoção assistida;
- Serviços de exames complementares de radiodiagnóstico, patologia clínica e anatomia patológica;
- Serviços de exames complementares em medicina nuclear; e urologia.
- Urologia.

l) serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento (SADT);

m) centro de Terapia Intensiva (CTI) com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários;

n) pediátrico;

o) unidade de hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários;

p) centro de hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários;

q) unidade para pacientes coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários;

r) clínica(s) de reabilitação nas seguintes áreas:

- Fisioterapia;
- Medicina, na especialidade de acupuntura;

- Fonoaudiologia;
- Ocupacional; e
- Psicologia.

s) laboratório(s) de análises clínicas e/ou de citopatologia.

5 CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO:

5.1 Os Beneficiários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) serão atendidos pelos Credenciados mediante GAB e os beneficiários da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) serão atendidos mediante a GEAM (Guia de Encaminhamento para Assistência Médico-Hospitalar), emitidas pelo GSAU-BV e apresentadas pelo beneficiário, o qual identificar-se-á conforme descrito abaixo:

5.1.1 Os Beneficiários deverão ser encaminhados por oficial médico da Força Aérea Brasileira (FAB) e deverão portar um documento que permita sua identificação, conforme previsto no item abaixo.

5.1.2 O FUNSA deverá orientar o beneficiário para a necessidade de sua correta identificação através da apresentação da Carteira de Identidade emitida pelo COMAER dentro da validade ou mediante a apresentação do documento do beneficiário acompanhado de outro documento de identidade com foto, quando da sua apresentação ao Credenciado.

5.1.3 A GAB terá validade de 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão. Após este período as guias perderão a validade para efeito de cobrança e atendimento ao beneficiário.

5.2 As GAB extraviadas pelo beneficiário deverão ser solicitadas ao FUNSA, que emitirá nova GAB, dentro do prazo de validade da extraviada e para a mesma finalidade, caso julgue necessário, e informará o cancelamento da extraviada ao setor de auditoria pertinente, após atualização nos seus próprios arquivos.

5.3 As GAB extraviadas pelo Credenciado deverão ser objeto de verificação nos arquivos e junto ao beneficiário utilizador da mesma. Para fins de composição de faturas, caso cabível, o setor de emissão de GAB deverá providenciar uma cópia autenticada para o Credenciado, alertando o setor de auditoria pertinente sobre o fato.

5.4 Não será emitida GAB para vista de exames, não cabendo, por conseguinte, cobrança de remuneração.

5.5 Procedimentos não especificados na GAB, não serão cobertos pelo Credenciante.

5.6 O Credenciado deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias corridos para os casos de RETORNO DE CONSULTAS.

5.7 O Credenciado prestará os serviços para os quais foi contratado, por meio de profissionais próprios, entendendo-se como tal, profissional do corpo clínico do Credenciado, com vínculo empregatício e/ou autônomo que lhe preste serviço em caráter regular.

5.8 Para Acordos firmados com profissional liberal, os serviços deverão ser prestados apenas pelo Credenciado.

5.9 Equipara-se ao profissional a que se refere à alínea anterior, o profissional de saúde integrante de empresa, grupo e sociedade de profissionais que exerçam atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do Credenciado.

5.10 A execução e o controle do TC serão avaliados pelo Credenciante, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de, pelo menos, um dos profissionais da equipe de auditores em sistemas de saúde do Credenciante às dependências do Credenciado, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado. Portanto, os pagamentos serão efetuados conforme estabelecido no TC. Ressalta-se que os “prontuários” deverão estar disponíveis, em ambiente adequado, para serem analisados pela equipe de auditoria em sistemas de saúde do FUNSA designada pelo Credenciante aos Credenciados, durante a internação, na alta hospitalar ou em data posterior.

5.11 O Credenciado deverá solicitar, mediante Relatório Médico, legível, com justificativa, autorização prévia do Departamento Médico do Credenciante para:

- a) realização de exames acima de R\$ 300,00;
- b) assistência dialítica ao paciente portador de doença renal crônica, 12 (doze) seções mensais, ao portador de doença renal aguda a cada 3 (três) seções;
- c) assistência ao paciente oncológico;
- d) cirurgia cardiovascular;
- e) cirurgia vascular;
- f) cirurgia cardiovascular pediátrica;
- g) procedimentos da cardiologia intervencionista;
- h) procedimentos endovasculares extracardíacos;
- i) laboratório de eletrofisiologia;
- j) assistência em traumatologia-ortopedia;
- k) procedimentos de neurocirurgia e neuro-intervencionista;
- l) assistência em otologia;
- m) cirurgia de implante coclear;
- n) cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- o) cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- p) procedimentos em fissuras lábio palatais;
- q) reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- r) procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- s) assistência aos pacientes portadores de queimaduras;

- t) assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- u) genética clínica;
- v) terapia nutricional;
- w) distrofia muscular progressiva;
- x) osteogênese imperfeita;
- y) fibrose cística;
- z) utilização de medicamentos acima de R\$ 300,00, conforme estabelecido no item 7.1; e
- aa) utilização de OPME – Órteses (ex.: malha compressiva complementar ao tratamento de queimaduras, stents sem/com revestimento farmacológico), Próteses (ex.: válvula cardíaca, marcapasso, membros articulares mecânicos, lentes intra-oculares, próteses oculares) e Materiais Especiais acima de R\$ 800,00.

5.12 Nos casos de hospitalização do Beneficiário, entende-se que o Credenciado deverá prestar os serviços em conformidade com a Tabela de Serviços Hospitalares em acordo com esta Credenciante. Os pacientes que desejarem médicos não pertencentes ao corpo clínico do Credenciado e acompanhantes aos quais não tenham direito serão responsáveis integralmente pelo pagamento da diferença dos preços.

5.13 A remoção do paciente das instalações do Credenciado para realização de exames fora de suas dependências, é responsabilidade do Credenciado, devendo ser utilizada ambulância própria. Em caso de indisponibilidade de ambulância pelo Credenciado, a Credenciante poderá ficar responsável pela remoção do paciente.

5.14 O Credenciado promoverá as internações dos pacientes em apartamentos, quartos coletivos e enfermarias conforme grau hierárquico informado pela Credenciante (NSCA 160-5). Os militares da reserva remunerada ou reformados, que recebem vencimentos de grau hierárquico superior ao seu, ou pensionistas nesta situação, têm direito a utilização dos padrões de acomodações referentes ao valor descontado, devendo apresentar o respectivo contracheque, visando comprovar o desconto para a assistência médico-hospitalar referente ao posto/graduação superior.

5.15 O direito a acompanhante será possível desde que as instalações permitam e não haja prejuízo ao tratamento do paciente nem ao funcionamento do Credenciado, a critério do respectivo Diretor, ficando o acompanhante sujeito às normas e ao pagamento da respectiva diária correspondente, exceto no caso de Oficiais Gerais, Oficiais Superiores e nos casos previstos pelos Estatutos da Criança (Lei no 8.069, artigo 12) e do Idoso (Lei no 10.741, artigo 16).

5.16 Fica proibido ao beneficiário assinar guias em branco.

5.17 Fica proibido cobrar do beneficiário qualquer tipo de taxa, serviço ou até mesmo depósitos antecipados, exceto quando referir-se a itens de conforto solicitados pelo mesmo, como telefone, ar-condicionado, televisão, internet, etc e sob sua total responsabilidade de pagamento.

5.18 No caso do Beneficiário AMH apresentar para atendimento a GEAM, o Credenciado deverá efetuar a cobrança total de qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos realizados, diretamente do Beneficiário (neste caso Beneficiário do AMH), utilizando as mesmas tabelas de custos constantes desse PB/TC.

5.19 Nos atendimentos de urgências, o Credenciado deverá comunicar imediatamente ao FUNSA em dias úteis, bem como, no início do expediente do primeiro dia útil após feriados e fins de semana, com o objetivo de obter autorização de internação ou orientação sobre a transferência para uma Organização de Saúde Militar (OSA), dependendo da análise do caso. Os contatos (telefones e ou e-mails) serão especificados no TC.

5.20 O descumprimento da determinação de comunicar ao FUNSA sobre a urgência descrita na alínea acima, implicará no não pagamento das despesas realizadas pelo beneficiário do FUNSA à credenciada. Caso não fique comprovada a situação de urgência ou emergência pelo competente mecanismo de Auditoria, as despesas também deixarão de ser reconhecidas pelo Credenciante.

5.21 O atendimento no caso de comprovada urgência/emergência será coberto por GAB única, emitida pelo Credenciante ao Serviço de Pronto-Socorro, englobando todo o atendimento que for dispensado ao beneficiário, observado o exposto no item 8.24.

5.22 Entender-se-á por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, nos termos do parágrafo primeiro do artigo 1o da Resolução CFM nº 1451, de 1995, bem como o estado do paciente resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, nos termos do inciso II do artigo 35C da Lei nº 9.656, de 1998, ao passo que, por emergência, entender-se-á a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato, nos termos do parágrafo segundo do artigo 1o da Resolução CFM n.o 1451, de 1995, bem como o estado do paciente que implique em risco imediato de sua vida ou de consumação de lesões irreparáveis a sua saúde, estado este caracterizado em declaração exclusiva do médico assistente, nos termos do inciso I do artigo 35C da Lei nº 9.656, de 1998.

5.23 Nos atendimentos de pronto-socorro, somente deverão ser solicitados exames/ procedimentos, e aplicados medicamentos de comprovada urgência ou emergência, fundamentados em justificativa médica apresentada sob a forma de indicação do Código Internacional das Doenças, 10a edição (CID 10) aplicável.

5.24 No caso de óbito ocorrido com paciente internado, o Credenciado deve notificar de imediato à família do paciente e ao Credenciante.

6 DAS ACOMODAÇÕES, DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES

6.1 DAS ACOMODAÇÕES

6.1.1 As observações referentes aos padrões de acomodação estão constantes na NSCA 160-5.

6.2 TAXAS E DIÁRIAS

6.2.1 As observações da composição referente às Diárias Hospitalares, Taxas e Aluguéis estão constantes nas tabelas acordadas entre a Credenciada e Credenciante, seguindo o reajuste previsto no Termo de Credenciamento.

6.2.2 Os valores fixados em tabelas de taxas e diárias, bem como de honorários médicos tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos 2016-01 (CBHPM 2016-01) plena, manterão seus valores consoante à indicação do Tribunal de Contas da União – TCU.

6.2.3 São padrões de acomodações hospitalares previstos para internação hospitalar:

- a) apartamento – para Oficiais e seus dependentes; para alunos da Escola Preparatória de Cadetes (EPCAR), Cadetes e seus dependentes;
- b) quarto coletivo – para Suboficiais, Sargentos, Alunos da Escola de Especialistas da Aeronáutica (EEAR) e seus dependentes; e, para Cabos, Soldados e seus dependentes; e
- c) os militares da reserva remunerada ou reformados, que percebem vencimentos de graus hierárquico superior ao seu ou os pensionistas nesta mesma situação tem direito à utilização dos padrões de acomodações referentes ao valor descontado.

6.3 O pagamento será precedido de consulta quanto à regularidade fiscal do CREDENCIADO.

6.4 Os pagamentos serão efetuados mediante Ordem Bancária, em favor do CREDENCIADO, na conta-corrente, agência e banco informados, após a apresentação de Nota Fiscal dos serviços e lisura das faturas devidamente discriminadas. Deverá constar no corpo das respectivas faturas o período de competência do faturamento.

6.5 A Nota Fiscal correspondente à prestação do serviço prestado deverá ser emitida em nome da BASE AÉREA DE BOA VISTA – BABV, CNPJ: 00.394.429/0189-05, com os respectivos dados bancários no campo outras informações.

7 DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

7.1 Os medicamentos: terão como preços admitidos os valores publicados e atualizados no Guia Farmacêutico CMED/ANVISA, correspondente ao período do atendimento no padrão PMC (Preço Máximo ao Consumidor) e para medicamentos de uso restrito hospitalar os valores publicados para preço de fábrica acrescidos de taxa administrativa de até 20% (VINTE), observando o percentual de ICMS da região. O GSAU-BV pagará o preço do medicamento efetivamente utilizado, devendo ser dada prioridade ao uso de genéricos quando existente, salvo quando houver justificativa médica para indicação de medicação similar ou patenteado, especificando a marca do medicamento utilizado/cobrado para efetivação do pagamento conforme a tabela acordada ou nota fiscal. Para os medicamentos não constantes do CMED/ANVISA, os Credenciados deverão apresentar 3 (três) orçamentos de fornecedores do respectivo medicamento, com pelo menos 7 (sete) dias de antecedência a utilização, que serão submetidos a auditoria prévia e após autorizados, pagos no valor constante da Nota Fiscal ao Credenciado. Vale salientar que as medicações líquidas, soluções, gotas, colírios, pomadas, serão cobrados fracionados conforme prescrição médica. Em caso de medicamento de acima de R\$ 300,00, será necessária autorização prévia para o seu uso. Nos casos de urgências e emergências devidamente comprovadas, não haverá necessidade dessa autorização, porém o uso do medicamento deve ser informado nas primeiras 48h, a contar do primeiro dia útil subsequente ao evento e a caracterização do quadro de urgência poderá ser alvo de auditoria in loco.

7.1.1 **Das dietas:** A dieta do paciente deverá ser administrada conforme prescrição médica e avaliação terapêutica periódica da nutricionista com protocolos norteados pelos protocolos mundiais de terapia nutricional. As dietas enterais (nutrição enteral-NE, nutrições parenterais-NPP, gastrostomia, jejunostomia e ileostomia) não estão inclusas em diária hospitalar, serão pagas em conformidade com o valor de Nota fiscal acrescido da margem de comercialização de 20% (VINTE) desde que, o credenciado apresente evidências de utilização (etiquetas de NE – NPP assim

como etiquetas de seus respectivos equipos de Bombas de Infusão deverão estar anexadas em prontuário).

7.2 para Materiais Médico-Cirúrgicos/Descartáveis/Apósitos: terão como preços admitidos os valores publicados e atualizados no Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente ao período do atendimento no padrão PMC (Preço Máximo ao Consumidor), ou na ausência desta a Tabela SIMPRO preço de fábrica acrescido de taxa administrativa de 20% (VINTE). Na ausência de referência em ambas as tabelas, o pagamento estará condicionado à apresentação de 3 (três) orçamentos de fornecedores do respectivo material, com pelo menos 7 (sete) dias de antecedência a utilização, que serão submetidos a auditoria prévia e após autorizados, pagos no valor constante da nota fiscal ao Credenciado, acrescido de taxa administrativa de até 20%. O Credenciado deverá informar na fatura a especificação da marca do descartável utilizado/cobrado para efetivação do pagamento conforme a tabela acordada ou nota fiscal.

7.3 Os valores a serem praticados para remuneração de materiais e medicamentos conforme tabelas referenciadas neste TC (SIMPRO E BRASÍNDICE) poderão sofrer alterações mediante a Agência Nacional de Saúde (ANS) conforme Resoluções e Normativas. Vale ressaltar que a revista SIMPRO pode sofrer variação de valores semanais e o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE quinzenalmente, ambos em determinados itens.

7.4 Para serviços médicos e SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia): tabela da CBHPM – 2016-01 plena. Os valores dos Portes dos Honorários Médicos e Unidade do Custo Operacional (UCO) serão pagos de acordo com a CBHPM 2016-01 plena.

7.5 Filmes radiológicos: conforme atualização do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR).

7.6 Órteses, prótese e materiais especiais (OPME): destinados aos procedimentos eletivos o pagamento será realizado conforme valor previamente autorizado acrescido de taxa de comercialização de até 20% (vinte), condicionado a apresentação de 3(três) orçamentos de fornecedores do respectivo material, com pelo menos 7 (sete) dias de antecedência a utilização, que serão submetidos a auditoria prévia e após autorizados, pagos no valor constante da nota fiscal ao Credenciado. Nos casos de OPME's sem autorização e precificação prévia será considerado, quando autorizado pela auditoria do FUNSA, como referência o valor apresentado pelo fornecedor em nota fiscal acrescido da taxa de comercialização de até 15%, desde que não seja superior ao valor de mercado local, referenciado em compras recentes de processos previamente autorizados para os mesmos itens, ou ainda ao valor obtido na Brasília Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e ou SIMPRO preço de fábrica (PF), ambos referentes ao respectivo tempo do atendimento. No caso de ocorrência de valores em ambos (SIMPRO e BRASINDICE) remunerar-se-á pelo de menor valor.

7.7 Para serviços odontológicos e Laboratoriais em Prótese Dentária: Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos (CBHPO 2022).

7.8 Para os serviços laboratoriais em Análises Clínicas a tabela a ser empregada será a CBHPM 2016-01plena, para os valores dos Portes dos Honorários Médicos e para o UCO a tabela a ser empregada será a CBHPM 2016-01 plena.

7.9 Procedimentos e taxas hospitalares que eventualmente não constem nas Tabelas poderão ser apresentados à parte pelos Credenciados para avaliação pelo FUNSA que, caso julgue necessário, poderá consultar a Diretoria de Saúde da Aeronáutica para consolidar a decisão do aceite.

7.10 O serviços terapêuticos a todos os Beneficiários, em especial os pacientes do Grupo de Atendimento, Avaliação de Pacientes Especiais (GAAPE), serão prestados conforme as disposições abaixo e terão seus valores cobrados com base CBHPM – 2016-01 plena.

7.11 Os Portes Anestésicos serão pagos conforme a tabela CBHPM 2016-01plena;

7.12 Os reajustamentos nos preços citados nos incisos anteriores somente ocorrerão se houver acordo prévio entre credenciante e Credenciado, após prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, sendo obrigatoriamente necessária autorização prévia do Ordenador de Despesas da BABV. Não Serão entendidos como legais, ajustes automáticos de preços em função da emissão de novas tabelas no mercado, de reedições de tabelas ou revisões de qualquer espécie das tabelas praticadas.

7.13 Não será permitida cobrança de quaisquer outras taxas ou depósitos além dos constantes nesta tabela.

8 DOS SERVIÇOS E AUDITORIA

8.1 As credenciadas deverão apresentar, até o dia 10 do mês subsequente, um documento de cobrança referente ao mês anterior com a relação dos serviços prestados.

8.2 Encaminhar, em envelope lacrado com a fatura, relação discriminada das diárias, dos medicamentos empregados, dos exames realizados e do material utilizado, bem como a original da GAB do Credenciante.

8.3 As faturas referentes às internações de longa permanência, assim consideradas aquelas com mais de 15 (quinze) dias corridos, deverão ser subtotalizadas e entregues dentro do mês de apresentação das despesas.

8.4 Nas faturas deverão vir registrados tanto o CID quanto o código da(s) tabela(s) utilizada(s), a descrição correspondente por paciente, os procedimentos realizados, os materiais e medicamentos utilizados e os valores unitários e totais dos serviços. Nos casos de internação, além do contido anteriormente, deverá também haver o registro do número e valores das diárias, das taxas e aluguéis hospitalares, cópias dos laudos histopatológicos, exames laboratoriais, radiológicos e de imagem, tais como Ultrassonografia (USG), Ressonância Magnética (RM), Tomografia, acompanhados de suas requisições com carimbo e assinatura do médico solicitante, justificativa, indicação dos mesmos, assim como o boletim cirúrgico/anestésico, assinados pelo cirurgião, auxiliares e anestesista, constando material utilizado na sala de cirurgia, embalagens, lacres de segurança, controles de enfermagem em folha de sala cirúrgica, dispensação de materiais, etc devidamente lacrados. Só serão pagas as faturas acompanhadas das devidas GAB. No caso de extravio ou de ausência das guias, as mesmas deverão ser solicitadas ao FUNSA. As contas hospitalares deverão ser apresentadas conforme o item 8.

8.5 OPME acima de R\$ 800,00, em procedimentos eletivos só podem ser utilizados mediante autorização prévia. A solicitação de OPME deve ser realizada em um prazo mínimo de 7 (sete) dias antes do evento. Deverá ser preenchida e enviada para os contatos (telefones e ou e-mails) que serão especificados no TC, podendo haver aquisição direta, reposição ou negociação prévia do valor do material a ser utilizado. As Notas Fiscais dos referidos materiais deverão acompanhar a fatura médico-hospitalar do paciente. Todas as OPME deverão estar registradas junto à ANVISA.

8.6 Nos casos onde a compra ou fornecimento dos OPME acima de R\$ 800,00 for realizada pelo prestador de serviços é imprescindível o encaminhamento de pelo menos 03 (três) orçamentos de diferentes fornecedores para análise pelo setor de auditoria do FUNSA, exceto nos casos de pacotes previamente acordados no TC.

8.7 A rotina de solicitação, análise e autorização dos OPME deve seguir os preceitos éticos estabelecidos em resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.956/2010.

8.8 Nos casos de urgência e emergência, onde a compra ou as cotações prévias do medicamento ou material não seja possível, por necessidade não planejável a ser empregada em procedimento médico em curso, quando caracterizada urgência/emergência de atendimento de situação que possa comprometer a segurança de pessoas, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação emergencial, o fornecimento poderá ser realizado por parte do próprio Credenciado sem necessidade de autorização prévia, observadas as mesmas condições para OPME, conforme o item abaixo.

8.9 Nos casos de OPME utilizados sem prévia autorização, nos casos de urgência e emergência, a análise da pertinência e autorização para pagamento dos itens será realizada posteriormente ao seu uso, devendo portanto, o médico assistente, confeccionar relatório com justificativa clínica fundamentada em evidências para subsidiar análise da auditoria em sistemas de saúde do FUNSA.

8.10 A solicitação de autorização para os materiais usados em situação de urgência/emergência, deve ocorrer no prazo de 02 (dois) dias úteis a contar da data da utilização.

8.11 O FUNSA não se responsabilizará pelos pagamentos de itens usados em procedimentos não caracterizados como urgência ou emergência e que, de forma intencional ou não, tenham sido equivocadamente enquadrados como tal e se abstém do pagamento de materiais ou medicamentos cuja necessidade não seja comprovada em evidências científicas.

8.12 A utilização dos insumos deverá ser feita da forma mais racional possível e estará sujeita a análise da equipe Especializada na área que poderá solicitar a comprovação da utilização dos materiais através de RX, Tomografia, Ressonância Magnética impressão do intensificador de imagens, embalagens, lacres de segurança, controles de enfermagem em folha de sala cirúrgica, dispensação de materiais, etc.

8.13 Os materiais solicitados e não autorizados ou glosados não poderão ser cobrados dos beneficiários em qualquer hipótese.

8.14 A Credenciante poderá oportunamente fornecer medicamentos, equipamentos, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais, dietas e outros produtos nutricionais, materiais de alto custo e outros necessários para a execução do contrato ou procedimento.

8.15 O justo valor, mediante apresentação de nota fiscal, dos serviços prestados pelo uso de material ou aparelhagem será incluído, ao final do tratamento, na conta do paciente e submetido ao FUNSA, observando-se o prescrito nos itens 8.1, 8.3 e 8.24.

8.16 As interconsultas para pareceres, acompanhamentos de outros especialistas e complementação ou mudança de procedimentos, deverão ser solicitadas previamente com justificativa pelo médico assistente, anexada à conta hospitalar com o visto de auditor do FUNSA, assim como as prorrogações de permanência hospitalar para além do prazo inicialmente autorizado. Ressalta-se que a internação hospitalar será prorrogada pelos auditores médicos do FUNSA a cada 05 dias fundamentada em relatório técnico do médico assistente.

8.17 Quando se fizer necessário o uso de gasoterapia no paciente internado, deverá ser anexada à conta hospitalar, a ficha de controle do consumo realizado.

8.18 Na fatura de nebulização a nível ambulatorial, deverá ser anexada a prescrição médica. O pagamento de cada sessão de nebulização (ambulatorial ou paciente internado) será correspondente ao preço da Tabela acordada para preços de serviços hospitalares e medicação prescrita.

8.19 Na fatura de Fisioterapia e Fonoaudiologia em nível ambulatorial e internação deverá ser anexada a prescrição médica e assinatura do paciente ou responsável em cada sessão realizada.

8.20 Para os atendimentos de Quimioterapia em nível ambulatorial, as prescrições médicas deverão vir anexadas à fatura, como condicionamento para pagamento da cobrança.

8.21 Havendo a possibilidade de remoção do paciente, mas sendo o Credenciante impedido de realizá-la pelo Credenciado, por médico pertencente ao mesmo, por recusa do próprio paciente ou por quem por ele responda, cessará para o Credenciante a responsabilidade pelas despesas médicas e hospitalares, sendo de inteira responsabilidade do paciente, ou de quem por ele responda, essas despesas.

8.22 Os casos não previstos ou não cobertos pelas tabelas adotadas serão avaliados pelo Comandante do Grupo de Saúde de Boa Vista, amparado em Parecer Técnico da Diretoria de Saúde da Aeronáutica.

8.23 Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento pela presente prestação de serviços seguirão a seguinte sequência de eventos:

8.23.1 Atendimento ao beneficiário;

8.23.2 Faturamento da produção;

8.23.3 Eventuais glosas técnicas;

8.23.4 Interposição de recursos contra glosas técnicas, e/ou eventual sinalização administrativa de omissões contratuais;

8.23.5 Auditoria com consequente análise dos recursos interpostos contra glosas técnicas;

8.23.5.1 Caso não haja consenso entre as partes durante a auditoria hospitalar, a(s) fatura(s) em questão poderão ser apresentadas na próxima competência (mês) de faturamento após seu consenso seja estabelecido.

8.23.6 Pagamento da produção faturada e efetivamente aceita pela Auditoria do FUNSA.

8.23.7 O credenciado possui prazo de 90 (noventa) dias contados da alta/óbito do paciente ou execução do serviço, para a apresentação da guia de encaminhamento acompanhada da conta hospitalar ou demais documentos comprobatórios e entregá-los ao FUNSA.

8.23.8 Após 90 dias, a contar da data da emissão da GAB, serão consideradas inaptas para pagamento todas as despesas apresentadas, não cabendo recurso.

8.24 O Credenciado disponibilizará aos auditores do GSAU-BV, desde o primeiro até o último dia corrido de cada mês de referência, o material de trabalho e o relatório (razonete) discriminado das contas médicas geradas, incluindo honorários médicos, diárias, taxas, gases e produtos farmacêuticos, materiais, órteses, próteses e demais despesas pertinentes aos serviços prestados aos beneficiários, para que se efetuem os trabalhos de natureza exclusivamente técnica de auditoria em sistemas de saúde, nos termos da legislação. As contas hospitalares deverão ser apresentadas na forma agrupada (compactada) com exceção dos OPME, que serão avaliados separadamente, não estando, portanto, na conta agrupada.

8.25 Os recursos contra glosas técnicas que venham a ser interpostos pelo Credenciado, deverão ser encaminhados ao Serviço de Auditoria do FUNSA, até 30 (trinta) dias corridos da notificação, juntamente com o faturamento, observada a natureza do serviço (médico, e outros serviços que se fizerem necessários).

8.26 Interposto recurso contra glosas, terá o FUNSA um prazo máximo adicional de 30 (trinta) dias úteis para responder especificamente acerca do seu teor, conforme apresentado pelo Credenciado, valendo o silêncio daquela como seu reconhecimento quanto à procedência do recurso.

8.27 As glosas não contestadas via recurso dentro do prazo estabelecido no subitem anterior serão consideradas como aceitas pelo Credenciado, valendo seu silêncio como quitação geral e plena quanto às mesmas, sem que lhe assista direito a reivindicar posteriormente os valores correspondentes, deduzidos a este título de faturas anteriores.

8.28 A ocorrência de glosas técnicas e de respectivos recursos não sustará o pagamento da parte incontroversa da conta.

8.29 O FUNSA formalmente solicitará a fatura, se for o caso, para o pagamento da despesa. Os auditores em sistemas de saúde a serviço do FUNSA terão, como acima descrito, a liberdade necessária para a plena realização do seu trabalho de análise e formulação de observações, conclusões e recomendações acerca das contas médicas auditadas, porém não poderão, em substituição às omissões daquela e do Credenciado em detalhadamente contratar itens específicos da presente prestação de serviços, sugerir ou impor unilateralmente condições negociais inéditas ou não satisfatoriamente previstas no presente termo de credenciamento, nem outras que por obrigação contratual devam exigir cumprimento em relações semelhantes, mas alheias à presente, por força de vínculo com outros tomadores de seus serviços.

8.30 Divergências técnicas relativas a contas auditadas, não sanadas por absoluta falta de consenso nas conclusões dos auditores técnicos a serviço do FUNSA quando confrontadas com as do pessoal de auditoria interna e de faturamento do Credenciado, por si só não gerarão glosas, devendo, necessariamente, serem excluídas da rotina de pagamento e destacadas por cada uma das equipes em informes próprios que sinalizem, para ambas as partes, a necessidade de breves negociações quanto às omissões contratuais ali contidas.

8.31 As partes concordam que, na hipótese de o FUNSA efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado pelos serviços efetivamente prestados, motivada por erro próprio ou do Credenciado, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à de comprovação do ocorrido.

8.32 Os serviços que não constem das tabelas acordadas, ou que em decorrência de incorporações tecnológicas aí venham a serem incluídos, deverão ter seus preços negociados previamente por ambas as partes, utilizando-se, para tanto, o mesmo mecanismo de composição de divergências previsto nos subitens supra.

8.33 Não serão negociados ou pagos qualquer tipo de insumos, taxas ou serviços decorrentes de procedimentos clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

8.34 A não observância por parte do Credenciado do previsto nesse PB, desobrigará ao Credenciante do pagamento até que sejam sanadas as discrepâncias observadas.

8.35 A cobrança deverá ser efetuada conforme os prazos estabelecidos nesse PB, sob pena da execução de glosas para os procedimentos não faturados, tendo em vista o fiel cumprimento do planejamento financeiro do Plano de Ação de responsabilidade do FUNSA.

8.36 O Credenciado obriga-se a apresentar ao Credenciante em Boa Vista, por escrito, no ato da assinatura do Termo de Credenciamento (TC), a descrição do seu domicílio bancário (Banco, Agência e Conta Corrente), para que não ocorra problemas de identificação de depósitos realizados pela Seção de Licitações do BABV.

9 FISCALIZAÇÃO

9.1 O Credenciante designará um representante para acompanhar e fiscalizar a execução do TC, anotando em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do serviço, e determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados.

9.2 O fiscal terá poderes para em comum acordo com a auditoria em sistemas de saúde do FUNSA:

9.2.1 recusar materiais, exames, laudos em desacordo com as normas sanitárias, ilegíveis, ou incompreensíveis.

9.2.2 sustar fornecimento ou pagamento de materiais e medicamentos considerados em quantidade e/ou qualidade inadequados às especificações mínimas para o caso, se assim julgar devido.

9.2.3 exigir a retirada imediata de qualquer preposto ou funcionário a serviço do Credenciado, que impeça ou embarace a sua ação fiscalizadora.

9.2.4 conduzir o início de procedimentos relativos às penalidades a serem impostas à credenciada, no caso de falhas e/ou atrasos na execução do futuro Acordo.

9.2.5 propor medidas de sanção, tendo em vista a verificação de atrasos em agendamentos dos beneficiários, reincidências de valores a mais ou a maior a serem cobrados do COMAER, apesar de glosas em faturas anteriores, falhas gerais reincidentes, constantes reclamações dos beneficiários, mudança de endereço e horários sem prévio aviso ao FUNSA, resguardado o contraditório e ampla defesa do futuro Credenciado.

Boa Vista, 22 de Junho 2023

JOSÉ LUCIANO DE ALMEIDA – 2º TEN QOCON ENF
Chefe do FUNSA-BV

CARLOS ALBERTO ESCAMARDE WILKEN FREITAS – TEN CEL MED
Comandante do GSAU-BV

LAURA KAZUE LOPES NAKAMURA – TEN CEL INT
Ordenadora de Despesas

APÊNDICE I

Guia de Apresentação de Beneficiário

DIVISÃO:	MÉDICA ()	SOLICITAÇÃO DE GAB	
	ODONTO ()		
PACIENTE: _____ IDADE: _____ TITULAR: _____ PRONT: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> SARAM: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			
<u>ESPECIALIDADE:</u> <u>SOLICITAÇÃO:</u>		<u>FINALIDADE:</u> <u>COD. CBHPM:</u>	
DADOS CLÍNICOS:			

ENTREGA
DATA ____ / ____ / ____
NOME: _____
ASS: _____
AUTORIZAÇÃO E OBS
DATA / ASS. E CARIMBO MÉDICO
_____ ____ / ____ / ____

APÊNDICE II

Modelo de Guia de Encaminhamento para Assistência Médico-Hospitalar (GEAM)

COMANDO DA AERONÁUTICA COMANDO GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE _____ OSA/OM	GEAM Nº Data de Emissão: ____/____/____
---	--

Ao: _____

(Nome do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CPF: _____

End: _____ Tel: _____

Encaminhamento para _____

(consulta/internação/exame complementar/outros)

o (a) paciente, _____

SARAM _____ dependente de _____,

(nome/posto/graduação)

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

Chefe, Diretor ou Comandante da OM emitente

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

_____, ____/____/____
(localidade)

☐ () Universitário ☐ () Outros

Abrangência do serviço

☐ () Regional ☐ () Municipal ☐ () Intermunicipal ☐ () Estadual

Horário de funcionamento:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Estado de Conservação do Imóvel

☐ () Novo ☐ () Excelente ☐ () Bom ☐ () Regular ☐ () Mau

Idade aproximada do Imóvel:

Características do Imóvel

Nº Pavimentos	
Nº Banheiros	
Nº Dormitórios	
Estrutura	
Forro	
Cobertura	
Piso Externo	
Instalações	

Baseado: na RDC 63/2011-BOAS PRÁTICAS PARA ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.

AVALIAÇÃO VISITA TÉCNICA

1. GERENCIAMENTO DE QUALIDADE

- Existem no Estabelecimento de saúde uma política ou programa de Garantia da Qualidade para os serviços prestados;
- O estabelecimento de saúde garante/ controla a qualidade dos processos;
- Este programa é divulgado a todos os funcionários;
- As responsabilidades pela gestão da Garantia da Qualidade estão claramente definidas;
- Existem procedimentos para a divulgação do cumprimento das Boas Práticas para Estabelecimentos de Saúde;
- Existem planejamento e cronograma de treinamento de pessoal;

- Existem registros dos treinamentos de cada funcionário de modo a garantir a correta e completa execução dos processos e procedimentos definidos;
- São realizadas inspeções com a finalidade de verificar o cumprimento das Boas Práticas de Funcionamento;
- Existem registros das inspeções;
- Existem um sistema formal para a investigação de desvios de qualidade;
- Existem procedimentos escritos para a adoção de medidas corretivas e/ou preventivas após a identificação das causas de desvios de qualidade;
- O setor da Garantia da Qualidade é responsável pela aprovação de todos os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do estabelecimento de saúde;
- Existem pessoas designadas pelo recebimento das reclamações;
- Existem POPs para a avaliação e medidas a serem adotadas em caso de reclamações;
- Existem pessoas responsáveis pela decisão e medidas a serem adotadas;
- Quaisquer reclamações são registradas e completamente avaliadas/ investigadas;
- O resultado da investigação é registrado; e
- Existem dados estatísticos das causas das reclamações.

2. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

- O serviço de saúde possui regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências;
- O serviço de saúde está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e possui seus dados atualizados;
- O estabelecimento de saúde possui Responsável Técnico (RT);
- Notifica a Vigilância Sanitária sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto;
- Possui profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento;
- O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e material necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente;
- O serviço de saúde possui mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção;
- Mantém disponível documentação e registros referentes à:
 - Controle de Saúde Ocupacional;
 - Educação permanente;
 - Contratos de serviços terceirizados;
 - Controle de qualidade da água;
 - Manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações;
 - Controle de vetores e pragas urbanas;
 - Manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos;
 - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
 - Admissão e alta;
 - Eventos adversos e queixas técnicas associadas a produtos e serviços;
 - Monitoramento e relatórios específicos de controle de infecção; e
 - Normas, rotinas e procedimentos.

3. PRONTUÁRIO DO PACIENTE

- A guarda do prontuário obedece às normas vigentes;
- O serviço de saúde assegura a guarda dos prontuários no que se refere à confidencialidade e integridade;
- Os prontuários estão mantidos: em local seguro, em boas condições de conservação e organização, permitindo o acesso sempre que necessário;
- O serviço garante que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico;
- O serviço garante que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária quando necessário;
- De que forma são armazenadas as informações/Prontuários e exames: Digitalizada ou Física:
 - Digitalizados e Físicos.

4. GESTÃO DE PESSOAL

- O serviço de saúde possui equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda;
- Os registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas estão disponíveis;
- A documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe, quando for o caso, estão disponíveis;
- Os profissionais antes do início das atividades são capacitados conforme as atividades desenvolvidas;
- As capacitações são registradas contendo: data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos;
- As capacitações estão adaptadas à evolução do conhecimento e a identificação de novos riscos, incluindo:
 - Os dados disponíveis sobre os riscos potenciais à saúde;
 - Medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;
 - Normas e procedimentos de higiene;
 - Utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;
 - Medidas para a prevenção de acidentes e incidentes;
 - Medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de incidentes; e
 - Temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional.

5. GESTÃO DA INFRAESTRUTURA:

- As instalações prediais atendem às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações:
 - Água;
 - Esgoto;
 - Energia elétrica;
 - Proteção e combate a incêndio; e
 - Comunicação.
- As instalações físicas dos ambientes externos e internos estão em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza;

- Executam ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas;
- O estabelecimento é dotado de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades;
- O estabelecimento garante a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades;
- Garante a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses;
- Mantém o registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água;
- Garante a continuidade do fornecimento de água, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, nos locais em que a água é considerada insumo crítico; e
- Realizam ações de manutenção preventiva e corretiva nas instalações prediais.

6. PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

- São disponibilizados programa de imunização ativa a que os trabalhadores possam estar expostos contra: tétano, difteria, hepatite B e outros agentes;
- Os trabalhadores são avaliados periodicamente em relação à saúde ocupacional, mantendo registro desta avaliação;
- São garantidos aos trabalhadores com agravos agudos à saúde ou com lesões nos membros superiores só iniciem suas atividades após avaliação médica;
- São garantidos aos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos, físicos ou químicos, bem como prevenção de riscos de acidentes de trabalho, mecanismos de prevenção, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores; e
- São mantidos registros das comunicações de acidentes de trabalho.

7. GESTÃO DE TECNOLOGIA E PROCESSOS

- Dispõem de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho, estão atualizadas e em local de fácil acesso a toda equipe;
- Os ambientes estão limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade e atendem aos critérios de criticidade das áreas;
- De acordo com a complexidade do serviço e a necessidade ao atendimento da demanda, o serviço de saúde garante a disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos;
- Realiza o gerenciamento de suas tecnologias de forma a atender as necessidades do serviço mantendo as condições de seleção, aquisição, armazenamento, instalação, funcionamento, distribuição, descarte e rastreabilidade;
- É garantido que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam;
- É garantido que os colchões, colchonetes e demais almofadas utilizadas sejam revestidos de material lavável e impermeável, não apresentando furos, rasgos, sulcos e reentrâncias;
- Garante a qualidade do processo de desinfecção e esterilização de equipamentos e materiais;
- Garante que todos os usuários recebem suporte imediato à vida quando necessário:
 - Monitor e oxímetro;
 - Aspirador de secreções;
 - Sistema de assistência respiratória; e
 - Outros.

- São disponibilizados insumos, produtos e equipamentos necessários para as práticas de higienização de mãos dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes;
- Sistemas de combate a incêndios:
 - Os extintores estão dentro do prazo de validade; e
 - Existe laudo do Corpo de Bombeiros.

OBS: Fornecemos Concentradores de Ar.

8. CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS

- Garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos; e
- É garantido que não é permitido comer ou guardar alimentos nos postos de trabalho destinados à execução de procedimentos de saúde.

DISCRIMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO EXISTENTES NO SERVIÇO

EQUIPAMENTOS	REGISTRO/SÉRIE	QUANTIDADE

_____, ____/____/____.
(Local, data)

Membro da Comissão de Credenciamento do GSAU

Membro da Comissão de Credenciamento do GSAU

Comandante do Grupo de Saúde de Boa Vista

APÊNDICE IV
MODELO DE MAPA DE RISCOS

() Planejamento da Contratação e Seleção do Fornecedor

() Gestão do Contrato

RISCO 01		
Probabilidade:	() Baixa	() Média () Alta
Impacto:	() Baixa	() Média () Alta
Id	Dano	
1.		
Id	Ação Preventiva	Responsável
1.		
Id	Ação de Contingência	Responsável
1.		

RISCO 02		
Probabilidade:	() Baixa	() Média () Alta
Impacto:	() Baixa	() Média () Alta
Id	Dano	
1.		
Id	Ação Preventiva	Responsável
1.		
Id	Ação de Contingência	Responsável
1.		

RESPONSÁVEL/ RESPONSÁVEIS
Responsável/ Responsáveis

ANEXO B



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE BOA VISTA
GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA

TERMO DE ADESÃO - (Pessoa Jurídica)

RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:	
ENDEREÇO:		TELEFONE:	
ÁREA DE ATUAÇÃO:		ESPECIALIDADE:	
RESPONSÁVEL LEGAL:		RG/ÓRGÃO EMISSOR	CPF:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	RG/ÓRGÃO EMISSOR	RG/ÓRGÃO EMISSOR	CPF:
CONTATO:			TEL:

A Empresa acima identificada vem requerer à Comissão de Credenciamento do GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº XX/XXXX, e em seus anexos, inclusive com os valores e tabelas praticadas. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO C



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE BOA VISTA
GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA

TERMO DE ADESÃO - (Pessoa Física)

RAZÃO SOCIAL:			CPF:
ENDEREÇO:			TELEFONE:
ÁREA DE ATUAÇÃO:			ESPECIALIDADE:
RESPONSÁVEL LEGAL:		RG/ÓRGÃO EMISSOR	CPF:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	RG/ÓRGÃO EMISSOR	RG/ÓRGÃO EMISSOR	CPF:
CONTATO:			TEL:

A Empresa acima identificada vem requerer à Comissão de Credenciamento do GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº XX/XXXX, e em seus anexos, inclusive com os valores e tabelas praticadas. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO D

Carta Proposta (Pessoa Jurídica)

Boa Vista, _____ de _____ de 20_____.

Ao GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA, localizado na BASE AÉREA DE BOA VISTA,
em Boa Vista-RR,

Pela Presente Proposta de Serviços, a(o) (Razão Social) vem oferecer aos beneficiários
do SISAU os serviços profissionais na(s) especialidade(s) de:

(listar as especialidades)

Atenciosamente,

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO E

Modelo de Carta Proposta (Pessoa Física)

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Ao GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA, localizado na BASE AÉREA DE BOA VISTA,
em Boa Vista-RR,

Pela Presente Proposta de Serviços, a(o) (Nome do Profissional) vem oferecer aos
beneficiários do SISAU os serviços profissionais na(s) especialidade(s) de:

(listar as especialidades)

Atenciosamente,

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO F

FICHA CADASTRAL DO CREDENCIADO (PESSOA JURÍDICA)

CNPJ			
RAZÃO SOCIAL			
NOME FANTASIA			
ENDEREÇO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TEL (1)	TEL (2)	FAX	
EMAIL	SITE		
CONTATO	TEL		
REPRESENTANTE LEGAL (1)			
CARGO	RG	EMISSION	CPF
REPRESENTANTE LEGAL (2)			
CARGO	RG	EMISSION	CPF

DADOS BANCÁRIOS

BANCO	
BANCO Nº	AGÊNCIA Nº
CONTA CORRENTE	

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO G

FICHA CADASTRAL DO CREDENCIADO (PESSOA FÍSICA)

CNPJ			
NOME PESSOA FÍSICA			
NOME FANTASIA			
ENDEREÇO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TEL (1)	TEL (2)	FAX	
EMAIL	SITE		
CONTATO	TEL		
REPRESENTANTE LEGAL (1)			
CARGO	RG	EMISSOR	CPF
REPRESENTANTE LEGAL (2)			
CARGO	RG	EMISSOR	CPF

DADOS BANCÁRIOS

BANCO	
BANCO N°	AGÊNCIA N°
CONTA CORRENTE	

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO H

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR (PESSOA JURÍDICA)

O interessado abaixo identificado DECLARA, para fins do disposto no inciso XXIII do art. 7º da Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e em qualquer trabalho menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

IDENTIFICAÇÃO:

Empresa:

CNPJ:

Signatário(s):

CPF:

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz? SIM () NÃO ()

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR (PESSOA FÍSICA)

O interessado abaixo identificado DECLARA, para fins do disposto no inciso XXIII do art. 7º da Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e em qualquer trabalho menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

CPF:

Signatário(s):

CPF:

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz? SIM () NÃO ()

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO J

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE (PESSOA JURÍDICA)

A(O) (RAZÃO SOCIAL), localizada(o) na(o) (ENDEREÇO COMPLETO) – (BAIRRO) (CIDADE) – (ESTADO), devidamente inscrita(o) sob o CNPJ nº (ESPECIFICAR), com vistas ao credenciamento junto ao GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA, LOCALIZADO NA BASE AÉREA DE BOA VISTA (BABV), para a prestação de serviços de saúde, declara, por meio de seu representante legal, sob as penas da lei, que a referida empresa não está cumprindo penalidade de idoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO K

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE (PESSOA FÍSICA)

A(O) (PROFISSIONAL), localizada(o) na(o) (ENDEREÇO COMPLETO) – (BAIRRO) – (CIDADE) – (ESTADO), devidamente inscrita(o) sob o CPF nº (ESPECIFICAR), com vistas ao credenciamento junto ao GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA, LOCALIZADO NA BASE AÉREA DE BOA VISTA (BABV), EM BOA VISTA-RR,, para a prestação de serviços de saúde, declara, por meio de seu representante legal, sob as penas da lei, que não está cumprindo penalidade por idoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO L

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA (PESSOA JURÍDICA)

Sob as penas da lei, para os devidos fins e especialmente para o presente Edital de Credenciamento, a empresa, _____ inscrita no CNPJ n.º _____, localizada no endereço _____, no município de _____, representada por _____ que declaro estar ciente, concordo e aceito todos os termos legais do Edital de Credenciamento e seus Anexos, referente ao Processo nº -----.

_____, ____/____/_____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO M

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA (PESSOA FÍSICA)

Sob as penas da lei, para os devidos fins e especialmente para o presente Edital de Credenciamento, eu, _____ inscrito no CPF n.º _____, residente em _____, no município de _____, declaro que estou ciente, concordo e aceito todos os termos legais do Edital de Credenciamento e seus Anexos, referente ao Processo n.º _____.

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO N

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI, COMO SÓCIO, MILITARES OU SERVIDORES CIVIS DA ATIVA DA AERONÁUTICA (Pessoa Jurídica)

A _____, com sede à Rua/Av. _____, nº _____, Bairro _____, nesta cidade de _____, Estado _____, inscrita sob CNPJ nº _____, Inscrição Estadual nº _____, vem, através do seu representante legal, Sr. _____, portador do CPF nº _____, Cédula de Identidade nº _____, declarar, que não possui, como sócio, militares ou servidores da ativa do Comando da Aeronáutica.

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO O

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI, COMO SÓCIO, MILITARES OU SERVIDORES CIVIS DA ATIVA DA AERONÁUTICA (Pessoa Física)

O(A) Senhor(a) _____, _____ (profissão) _____,
Residente à Rua/Av. _____, nº _____, Bairro _____, na
cidade de _____, Estado _____, inscrito(a) sob CPF
nº _____, Cédula de Identidade nº _____ declara que
não possui, como sócio, militares ou servidores da ativa do Comando da Aeronáutica.

_____, ____/____/_____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO P

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA JURÍDICA)

RAZÃO SOCIAL
TIPO DE SERVIÇO: () MÉDICO () MÉDICO-HOSPITALAR () LABORATORIAL () PARAMÉDICO (PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, RPG, HIDROTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL)
ENDEREÇO
TELEFONE
INSCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE
DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

DOCUMENTOS E DADOS COMPLEMENTARES

1. Carta proposta
2. Ficha cadastral / Dados bancários
3. Licença de funcionamento
4. Alvará de Funcionamento
5. Regularidade da instituição com o respectivo Conselho de Classe
6. Contrato social / Estatuto / Alteração
7. Inscrição no CNPJ
8. RG do representante legal

9. CPF do representante legal

10. Certidão negativa do FGTS atualizada

11. Certidão negativa do INSS atualizada

12. Certidão conjunta de débitos relativos a tributos federais e à dívida ativa da União atualizada

13. Certidão de negativa de débitos trabalhistas – CNDT

14. Relação de membros do corpo clínico

15. Certificados e registro no Conselho de Classe dos profissionais constantes da relação de membros do Corpo Clínico

16. Curriculum vitae do Responsável técnico

17. RG do responsável técnico

18. CPF do responsável técnico

19. Registro no respectivo Conselho de Classe do responsável técnico

20. Cópia do diploma do responsável técnico

21. Declaração de idoneidade

22. Declaração que não emprega menor

23. Radiologia – Título de especialista

24. Fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição – Cópia do diploma e registro no respectivo Conselho.

25. Declaração de que não possui, como sócio, militar ou servidor civil da ativa do Comando da Aeronáutica.

Com os Documentos e Dados Complementares em anexo, venho requerer o Credenciamento para a prestação de serviços em saúde no Sistema de Saúde da Aeronáutica, no estado do Roraima, declarando conhecer e acatar as normas e instruções.

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo,
CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO Q

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA FÍSICA)

RAZÃO SOCIAL
TIPO DE SERVIÇO: () MÉDICO () MÉDICO-HOSPITALAR () LABORATORIAL () PARAMÉDICO (PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, RPG, HIDROTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL)
ENDEREÇO
TELEFONE
INSCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE
DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

DOCUMENTOS E DADOS COMPLEMENTARES

26. Carta proposta
27. Ficha cadastral / Dados bancários
28. Licença de funcionamento
29. Alvará de Funcionamento
30. Regularidade da instituição com o respectivo Conselho de Classe
31. Contrato social / Estatuto / Alteração
32. Inscrição no CNPJ
33. RG do representante legal
34. CPF do representante legal

35. Certidão negativa do FGTS atualizada
36. Certidão negativa do INSS atualizada
37. Certidão conjunta de débitos relativos a tributos federais e à dívida ativa da União atualizada
38. Certidão de negativa de débitos trabalhistas – CNDT
39. Relação de membros do corpo clínico
40. Certificados e registro no Conselho de Classe dos profissionais constantes da relação de membros do Corpo Clínico
41. Curriculum vitae do Responsável técnico
42. RG do responsável técnico
43. CPF do responsável técnico
44. Registro no respectivo Conselho de Classe do responsável técnico
45. Cópia do diploma do responsável técnico
46. Declaração de idoneidade
47. Declaração que não emprega menor
48. Radiologia – Título de especialista
49. Fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição – Cópia do diploma e registro no respectivo Conselho.
50. Declaração de que não possui, como sócio, militar ou servidor civil da ativa do Comando da Aeronáutica.

Com os Documentos e Dados Complementares em anexo, venho requerer o Credenciamento para a prestação de serviços em saúde no Sistema de Saúde da Aeronáutica, no estado do Roraima, declarando conhecer e acatar as normas e instruções.

_____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo,
CPF e assinatura do Representante Legal)

ANEXO R



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE BOA VISTA
GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA

TABELA REFERENCIAL DE ÍNDICES E VALORES

Procedimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares laboratoriais e SADT: Serão pagos em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM/2016-01 e portes segundo descrito abaixo, com a respectiva Unidade de Custo Operacional (UCO) com valor igual a R\$ 19,36 (dezenove Reais e trinta e seis centavos). Para procedimentos não constantes desta, serão utilizadas, progressivamente, suas atualizações e será pago a UCO com valor igual a R\$ 19,36 (dezenove Reais e trinta e seis centavos).

1A	R\$ 17,38	5C	R\$ 394,11	10B	R\$ 1.306,09
1B	R\$ 34,75	6A	R\$ 429,25	10C	R\$ 1.449,67
1C	R\$ 52,14	6B	R\$ 472,04	11A	R\$ 1.533,70
2A	R\$ 69,53	6C	R\$ 516,33	11B	R\$ 1.681,88
2B	R\$ 91,65	7A	R\$ 557,58	11C	R\$ 1.845,34
2C	R\$ 108,46	7B	R\$ 617,15	12A	R\$ 1.912,54
3A	R\$ 148,20	7C	R\$ 730,18	12B	R\$ 2.056,14
3B	R\$ 189,37	8A	R\$ 788,24	12C	R\$ 2.518,99
3C	R\$ 216,92	8B	R\$ 826,43	13A	R\$ 2.772,57
4A	R\$ 258,16	8C	R\$ 876,83	13B	R\$ 3.041,43
4B	R\$ 282,61	9A	R\$ 931,84	13C	R\$ 3.363,75
4C	R\$ 319,27	9B	R\$ 1.018,91	14A	R\$ 3.748,70

5A	R\$ 343,70	9C	R\$ 1.122,76	14B	R\$ 4.078,67
5B	R\$ 371,21	10A	R\$ 1.205,27	14C	R\$ 4.498,75

NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

O Projeto Básico define quais itens serão precificados de acordo com a CBHPM, sendo remunerados com o porte da tabela CBHPM-2016-01, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 19,36 (dezenove reais e trinta e seis centavos).

Foi escolhida a tabela CBHPM-Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – por ser uma lista hierarquizada, com padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução CFM 1.673/03. Quanto ao ano, foi escolhida sua versão 2016 em decorrência desta apresentar os valores mais próximos aplicados no mercado da região. Conforme preconiza a Letra b, do item 5.1.1 da NSCA 160-7 2019 da Assistência Complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica, que diz: *“realização de ampla pesquisa de mercado, a fim de estabelecer as tabelas de preços a serem referenciadas, com os valores dos serviços e outros itens correlacionados ao objeto da licitação”*, portanto fica definido o uso da tabela CBHPM 2016,

A tabela CBHPM é confeccionada por uma câmara técnica permanente pertencente à Associação Médica Brasileira, sendo que no processo participam as seguintes entidades: Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Federação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Instituto Brasileira de Defesa ao Consumidor, Federação Nacional dos Médicos, etc (fonte:<amb.org.br>, acessado em 03/08/2023). Sendo assim, há entidades que dão suporte para a confecção e lisura dos preços acordados.

A Unidade de Custo Operacional (UCO) foi adotada para o cálculo dos custos, incorporando depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas relacionadas aos procedimentos.

Boa Vista, 03 de agosto de 2023.

CARLOS ALBERTO ESCAMARDE DE **WILKEN FREITAS** – **TEN CEL QOMED**
COMANDANTE DO GSAU-BV

ANEXO S

Modelo de formulário para encaminhamento de fatura

Pessoa física/ Jurídica	Nome completo da pessoa física ou razão social da pessoa jurídica
CPF/ CNPJ	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço	Rua xxxx yyyyy, nº 10, Bairro: zzzzz, CEP: xx.xxx-xxx – Cidade - Estado
Dados Bancários	Banco: 001 Agência: 0000-X Conta corrente: 00000-1
Protocolo/ Fatura/ Remessa	00000

Nº Ord	DATA DO ATENDIMENTO	Nº GUIA	NOME DO PACIENTE	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO/EXAME (AMB OU CBHPM)	QUANTIDADE COBRADA POR ITEM	VALOR POR ITEM	VALOR TOTAL DO BENEFICIÁRIO
01	03/07/2023	38519	xxxxxxxxxxxxx	10101012 – CONSULTA EM CONSULTÓRIO	01	R\$ 124,50	R\$ 161,18
				40805018 – RX TÓRAX – 1 INCIDÊNCIA	01	R\$ 36,68	
02	05/07/2023	38523	xxxxxxxxxxxxx	10101012 – CONSULTA EM CONSULTÓRIO	01	R\$ 124,50	R\$ 124,50

Local _____, _____ de _____ de 20__.

(Nome completo, CPF e assinatura do responsável pelo setor de faturas/comercial ou similar)

ANEXO T



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE BOA VISTA
GRUPO DE SAÚDE DE BOA VISTA**

NOTA EXPLICATIVA SOBRE USO DA TABELA DE PESQUISA DE PREÇO

O credenciamento de clínicas para atendimento de saúde dos militares da Base Aérea de Boa Vista e seus dependentes, contavam com 11 cooperados no fim de 2022. Com a finalidade da prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais, o GSAU-BV tem por objetivo abertura do credenciamento no Estado de Roraima, para pessoas físicas e jurídicas interessadas na prestação de serviços de assistência médica, médico-hospitalar, ambulatório, internação, serviço auxiliar ao diagnóstico de enfermidade, de fonoaudiologia, de fisioterapia, de nutrição, de psicologia, de terapia ocupacional, de Home Care (Assistência Domiciliar), laboratorial, odontológicos e outros serviços de saúde a serem complementados aos usuários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) do Grupo de Saúde de Boa Vista - GSAU-BV.

Mediante a ideia, onde a saúde vem sendo remodelada por aquisições, fusões, parcerias estratégicas e novos modelos de negócio em saúde que buscam atender às demandas de um consumidor engajado, em um cenário de tecnologias e terapias disponíveis para o mercado global quase que simultaneamente, é possível identificar que na cidade de Boa Vista – RR, há dificuldade de credenciamento devido pouca oferta de profissionais em várias especialidades. Com demanda elevada, o custo acaba ficando independente das tabelas praticadas no país.

Os próprios profissionais que compõem as especialidades médicas na Capital consideram baixo o valor da tabela utilizada para pagamento dos honorários médicos – CBHPM 2016 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), com isso não aceitam o valor proposto por ela, sendo feito propostas de valores acima dos estabelecidos pela mesma.

Considerando que na cidade de Boa Vista – RR, existe dificuldade de credenciamento devido pouca oferta de especialistas.

Considerando a possibilidade de atrair novas clínicas para prestação dos serviços.

Considerando padronização nos valores cobrados pelas diversas operadoras existentes e estabelecer um pagamento mais igualitário.

Considerando ainda benefícios para o paciente, trazendo mais segurança, qualidade e transparência nos atendimentos e tratamentos realizados.

Considerando a possibilidade de uma remuneração mais justa que atende a demanda de acordo com os preços praticados no mercado local e com o intuito garantir uma assistência de mais qualidade para os usuários do FUNSA.

Considerando que a tabela CPHPM-2016-01 não atende os valores, das consultas médicas em suas especialidades, praticados no mercado de Boa Vista – RR.

Desta forma, foi realizado uma pesquisa de mercado, onde verificamos que, de fato, existe uma diferença entre os valores cobrados por estas especialidades médicas, portanto após a pesquisa de mercado foi estabelecido o valor de consultas para as especialidades.

Com base no exposto acima, adotamos um valor diferenciado, conforme tabela abaixo, por oferta de especialidade para as Consultas Médicas, tendo em vista ser a maneira de suprimos os atendimentos necessários aos nossos usuários, citando que a realização deste dependerá da indicação precisa e absoluta de médico especialista, considerando a finalidade diagnóstica e terapêutica.

Nº	ESPECIALIDADE	VALOR
1	ALERGOLOGISTA	220,00
2	ANESTESISTA	220,00
3	ANGIOLOGISTA	220,00
4	CARDIOLOGISTA	150,00
5	CIRURGIA PEDIÁTRICA	220,00
6	CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO	220,00
7	CIRURGIÃO GERAL	150,00
8	CIRURGIÃO VASCULAR	220,00
9	CLÍNICA MÉDICA	150,00
10	CLINICO GERAL	150,00
11	DERMATOLOGISTA	150,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	220,00
13	FISIATRA	220,00
14	GASTROENTEROLOGISTA	220,00
15	GERIATRA	220,00
16	GINECOLOGISTA	150,00
17	INFECTOLOGISTA	220,00
18	MASTOLOGISTA	220,00
19	NEFROLOGISTA	150,00
20	NEUROLOGISTA	220,00
21	OBSTETRÍCIA	220,00
22	OFTAMOLOGISTA	76,40

23	ONCOLOGISTA	220,00
24	ORTOPEDISTA	175,00
25	OTORRINOLARINGOLOGISTA	220,00
26	PEDIATRIA	150,00
27	PROCTOLOGISTA	220,00
28	PSIQUIATRA	220,00
29	REUMATOLOGISTA	220,00
30	UROLOGISTA	150,00
31	FISIOTERAPIA	54,78
32	FONOAUDIÓLOGO	78,00
33	NUTRICIONISTA	45,00
34	PSICOLOGIA ABA/TEA	150,00
35	PSICOLOGIA	58,00

Boa Vista, 03 de Agosto de 2023.

CARLOS ALBERTO ESCAMARDE DE **WILKEN** FREITAS – **TEN CEL QOMED**
COMANDANTE DO GSAU-BV