

ANEXO B - CLÍNICAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
Escola de Sargentos das Armas
(Escola Sargento Max Wolf Filho)**

CRENCIANTE: UNIÃO / MINISTÉRIO DA DEFESA / EXÉRCITO BRASILEIRO / ESCOLA DE SARGENTOS DAS ARMAS

CRENCIADO: Razão Social (CNPJ).

OBJETO: Prestação de serviços de assistência médica na(s) especialidade(s) de _____

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: _____

VALOR ESTIMADO: R\$

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: _____

CONTRATO Nº: _____

A União, entidade de direito público interno, por intermédio da **ESCOLA DE SARGENTOS DAS ARMAS**, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Avenida Sete de Setembro Nº 628, Centro, Três Corações- MG. CEP 37.410-155, inscrita no CNPJ sob o nº 09.575.541/0001-12, para recurso do Tesouro Nacional, e do CNPJ nº 09.575.541/0002-01, para recurso do Fundo do Exército, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas _____ - Coronel, portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo Serviço de Identificação do Exército Brasileiro, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **CRENCIANTE**, e de outro lado a Organização Civil de Saúde _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, estabelecida à Rua _____, Bairro _____, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº _____ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **CRENCIADO**, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento Nº ___/2020, que integram o presente Termo de Credenciamento, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.

1. A finalidade deste Termo de Credenciamento (contrato) é garantir aos militares da ativa, da reserva ou reformados, pensionistas e seus dependentes e Servidores Civis do Exército Brasileiro (ativos e inativos) e dependentes, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de clínicas médicas especializadas com assistência à saúde em regime ambulatorial, podendo haver, ou não, atendimento de emergência/urgência em regime de 24 horas diárias.

1.1. A Força Aérea Brasileira (FAB) poderá ter seus militares da ativa, da reserva ou reformados, pensionistas e seus dependentes assistidos por este termo de credenciamento, mediante autorização prévia da UG-FuSEx da ESA, nos casos eletivos, e nas mesmas condições especificadas aos beneficiários do SAMMED/FUSEX constantes neste instrumento e no edital, nos casos de comprovada urgência e/ou emergência.

1.2. O objeto contratual abrange as seguintes especialidades e serviços:

1.2.1. Especificar os procedimentos cobertos por este Termo de Credenciamento, conforme o caso concreto da OCS credenciada, considerando a devida compatibilidade com os serviços previstos no objeto do Edital de Convocação], devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento Nº 01/2020 da Escola de Sargentos das Armas, de _____ de ____ de 2020, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA - Do fundamento legal.

3. A presente contratação fundamenta-se no art. 25, *caput*, da Lei nº 8.666/1993 - inexigibilidade de licitação.

CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 7 "DO REGIME DE EXECUÇÃO" do edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

4.1. No caso do beneficiário ser identificado como membro da Força Aérea Brasileira (FAB):

4.1.1. Solicitar a apresentação da Guia de Autorização de atendimento ao Beneficiário da Força Aérea (GAB), Guia de Encaminhamento (GE) do FUSEx, carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique e cartão ou comprovante de beneficiário do Fundo de Saúde da Aeronáutica válido.

4.1.2. Nos casos de atendimento de comprovada urgência e/ou emergência serão adotadas as mesmas medidas administrativas aplicáveis aos beneficiários do SAMMED/FuSEx/PASS previstas neste instrumento e no edital.

5. Para atendimentos ambulatoriais e/ou procedimentos eletivos, a apresentação do paciente nas instalações do CREDENCIADO correrá por conta do beneficiário.

6. Caso haja necessidade de remoção do paciente, esta será realizada prioritariamente pelo CREDENCIANTE, com utilização de ambulâncias da Escola de Sargentos das Armas. Na indisponibilidade destas, a remoção poderá ser feita pelo CREDENCIADO, desde que obedecida as seguintes diretrizes:

6.1. O CREDENCIADO deverá contatar a Seção de Auditoria ou a Chefia de

Enfermagem do Posto Médico de Guarnição de Três Corações (PMGuTC), por meio dos telefones (35) 3239-4278 ou 3239-4128, solicitando o serviço de ambulância para a remoção do beneficiário, repassando todas as informações necessárias para sua execução;

6.2. Não sendo possível a remoção por parte da CREDENCIANTE, esta autorizará o CREDENCIADO a realizá-la com meios próprios, sendo remunerado com os valores constantes na Lista Referencial de Procedimentos e Valores para Prestação de Serviços de Saúde ao SAMMED/FUSEX/PASS da ESA, Anexo "M" do Edital;

6.3. Caso o CREDENCIADO não disponha de serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, a remoção será realizada por empresa (OCS) especialmente contratada pela CREDENCIANTE para este fim, e

6.4. Não será autorizada a utilização do serviço de remoção para levar o beneficiário/paciente ao domicílio após alta hospitalar.

7. Nos casos de atendimento nas áreas de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia e psicomotricidade, o encaminhamento deverá ser efetuado, prioritariamente, por médico militar, depois de verificado o parecer do médico especialista e quando esgotados todos os recursos existentes nas OMS.

8. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE a relação dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do CREDENCIADO para atender aos beneficiários deste Termo de Credenciamento nas respectivas profissões e especialidades.

8.1. O CREDENCIADO se obriga a manter junto ao CREDENCIANTE uma relação atualizada dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe;

8.2. Quando o corpo clínico do CREDENCIADO for constituído, em parte ou no seu todo, por meio de cooperativa vinculada, esta deverá apresentar a relação acima descrita, cumpridas as formalidades postas, diretamente para o CREDENCIANTE, nos termos do Anexo J deste Edital.

9. O CREDENCIADO, apresentado no seu Corpo Clínico, prestará assistência médico-hospitalar conforme a seguinte discriminação: cuidados rotineiros de enfermagem, material a ser consumido em serviços cirúrgicos e em curativos, recursos complementares de diagnóstico e terapia, salas de cirurgia e instalações equipadas com material e instrumental necessários à execução de atos médicos, medicação, alojamento, serviço de lavanderia, demais serventias e alimentação, inclusive dietas especiais e outros produtos nutricionais quando prescritos por parte do médico assistente.

10. Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entendendo-se como:

10.1 O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;

10.2 O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO;

10.3 O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.

11. Equipara-se ao subitem 10.3, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.

12. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores 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.

13. O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.

14. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo SAMMED/FuSEx/PASS, decorrente de atendimento realizado em OCS ou por PSA, será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria da CREDENCIANTE, que decidirá pela

sua autorização ou negação.

15. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o art. 10 da Portaria nº 048-DGP/2008.

16. Os beneficiários do SAMMED/FuSEx/PASS têm direito a cobertura ou financiamento de órteses e próteses não odontológicas, nos termos das Portaria nº 048-DGP/2008 (IR 30-38) e Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57), indenizáveis de acordo com o Anexo A das respectivas portarias, após a indispensável indicação de médico especialista, devidamente justificada por meio de relatório e exames especializados, e aprovada por médico militar.

16.1. A cobertura acima indicada inclui órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico eletivo, submetido ao parecer da Comissão de Ética;

16.2. Ao beneficiário do FuSEx/SAMMED será permitida a utilização de órteses e próteses não odontológicas por importação, quando não houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento e estará condicionada à autorização prévia do DGP, ouvida a Diretoria de Saúde (DSAU), conforme art. 28 da Portaria nº 048-DGP/2008 (IR 30-38).

17. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo "Q" do edital, não se incluem na presente contratação.

17.1 Caso solicitado, o CREDENCIADO se obriga a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.

18. No caso de óbito ocorrido com paciente internado, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a família do paciente e a Seção de Auditoria do PMGuTC por meio dos e-mails **auditoria.fusex@yahoo.com.br** e **fusex@esa.eb.mil.br**, a quem caberá tomar as providências subsequentes.

19. Nos casos de internação, o CREDENCIADO deverá solicitar autorização prévia da Seção de Auditoria do PMGuTC, conforme o modelo do Anexo II deste Termo de Credenciamento.

19.1. Nos casos de indicação de cirurgia eletiva ou procedimento ambulatorial, o beneficiário do SAMMED/FuSEx/PASS deverá solicitar autorização prévia a Seção de Auditoria da Escola de Sargentos das Armas, conforme o modelo do Anexo II deste credenciamento;

19.2. Obriga-se o CREDENCIADO a comunicar ao SAMMED/FuSEx/PASS qualquer internação de emergência e/ou urgência, inclusive em Unidade de Tratamento Intensivo, assim como intercorrências durante ato cirúrgico, por meio do endereço eletrônico **auditoria.fusex@yahoo.com.br** ou pelos telefones (35) 3239-5129 ou (35) 3239-4278.

20. O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado.

21. As faturas referentes às internações de longa permanência (com mais de quinze dias) deverão ser subtotalizadas pelo CREDENCIADO e entregues dentro do mês de internação do paciente com a apresentação das despesas, conforme previsto no edital.

22. O CREDENCIADO remeterá semanalmente, toda segunda-feira, a lista de pacientes internados para o endereço de e-mail **auditoria.fusex@yahoo.com.br**, aos cuidados da Seção de Auditoria do PMGuTC.

23. A execução deste Termo de Credenciamento deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno da Escola de Sargentos das Armas. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

24. O Serviço de Auditoria Posto Médico da Guarnição de Três Corações possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este Termo de Credenciamento.

25. A consulta oftalmológica é constituída de anamnese, inspeção, exame das pupilas, medida da acuidade visual, refração, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático, conforme Manual de Ajuste de Condutas do CBO/FeCOESO.

CLÁUSULA QUINTA - Dos preços e das condições de pagamento.

26. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados conforme consta na Seção 8 "DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO" do edital de credenciamento, observadas as regras de contraprestação específicas, a este tipo de Termo de Credenciamento, abaixo registradas.

27. O CREDENCIADO acolherá por contraprestação os pacotes de prestação de serviços constantes na letra b) do Anexo "M" do edital de credenciamento, conjugando avaliação, prescrição e acompanhamento com acomodações (hotelaria), taxas hospitalares, instrumental cirúrgico, gasometria, equipamentos e outros serviços especiais para efetivação do tratamento proposto.

28. Deverá constar na nota fiscal, referente a medicamentos de preço livre ou materiais não constantes nas tabelas referenciadas, averbação com referência ao nome do paciente, nome do médico responsável e a data da realização do ato médico.

29. O CREDENCIANTE somente indenizará as contas apresentadas quando o usuário tenha sido encaminhando por parte da UG/FUSEX da Escola de Sargentos das Armas, acompanhado da Guia de Encaminhamento, com o pedido médico civil homologado por médico militar, com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço, acrescida as orientações contidas no Edital.

30. Para os casos de atendimento de comprovada urgência e/ou emergência, conforme item 7.14 do Edital, o beneficiário será atendido independentemente de encaminhamento, mediante assinatura do TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO, comprometendo-se a levar a guia de autorização ao hospital no período de até quarenta e oito (48) horas, ou dois dias úteis, a contar da data do atendimento, conforme modelo do Anexo IV deste termo credenciamento.

31. Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão ressarcidos por parte do CREDENCIANTE.

32. Após a alta da mãe, as despesas referentes ao atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto o previsto no § 1º do art. 7º das IG 30-32) contribuinte do SAMMED/FuSEx serão implantadas em 100% do seu valor, no código ZM1, desde que vinculadas ao evento do nascimento ou sejam referentes a procedimentos de urgência ou emergência, até a alta do recém-nascido, conforme estabelece o art. 12 da Portaria nº DGP-48/2008, bem como seu Anexo A.

O atendimento neonatal a filho de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista contribuinte da PASS (exceto quando se tratar de filho natural do SC falecido) será coberto pela PASS enquanto durar a internação vinculada ao evento do nascimento, conforme o art. 23 da Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57).

32.1. Após a alta da beneficiária dependente ou da pensionista contribuinte, as despesas referentes ao filho recém-nascido que permanecer hospitalizado serão implantadas em 100% (cem por cento) de seu valor.

33. As diárias de acompanhantes, para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos de idade, serão cobertas por parte do FuSEx/SAMMED/PASS, implantadas no código ZM2 para o FuSEx/SAMMED e descontadas do beneficiário titular em 20% (vinte por cento) para o PASS, conforme estabelecem o art. 64 da Portaria nº DGP-48/2008 e art. 68 da Portaria nº DGP-117, de 19 de maio de 2008 (IR 30-57). Obrigatório

anexar no prontuário do paciente a comanda para refeições e diária de acompanhante, conforme modelo do anexo VIII e IX;

33.1. Os acompanhantes para pacientes, fora dessa faixa etária, não terão as diárias cobertas pelo FuSEx/SAMMED/PASS, sendo implantadas no código ZM1;

33.2. Os casos excepcionais, fora da faixa etária permitida, só serão cobertos por parte do FuSEx/SAMMED quando autorizados pela RM, após comprovação do médico perito da UG FuSEx da necessidade de acompanhante para o paciente; e,

33.3. Os casos excepcionais, fora da faixa etária permitida, só serão cobertos por parte da PASS quando autorizados pela DAP mediante solicitação da RM, após comprovação do médico perito da UG PASS da necessidade de acompanhante para o paciente.

34. A Diária Hospitalar será contada do dia imediato da internação, excluído o dia da alta hospitalar, se a mesma ocorrer até às 14 horas.

34.1. Deverá haver justificativa técnica e análise de auditoria médica e de enfermagem, por parte da CREDENCIADA, para pagamento de diária no dia da alta após às 14h.

35. O CREDENCIADO se obriga a apresentar a fatura ao CREDENCIANTE no prazo e normas estabelecidas no item 7. e seguintes do Edital de Credenciamento, na Seção de Auditoria do PMGuTC, na Escola de Sargentos das Armas (ESA), utilizando o modelo previsto no Anexo VI deste instrumento.

35.1. O CREDENCIANTE não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;

35.2. O CREDENCIADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FuSEx, de Servidores Civis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;

35.3. O CREDENCIADO deverá apresentar as faturas em lotes separados, organizados por despesas com consultas, exames, setor de ambulatório, internações e emergência/urgência, e

35.4. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 15 (quinze) dias do respectivo protocolo.

36. O CREDENCIANTE glosará, total ou parcialmente, mediante motivação, a remuneração pelos serviços prestados especificados nas faturas que não estiverem de acordo com este Termo de Credenciamento (contrato) ou o edital.

CLÁUSULA SEXTA - Do reajuste.

37. Os valores decorrentes deste contrato serão definidos no anexo "M", e reajustado nos termos do Edital de Credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA - Da vigência.

38. O termo de credenciamento terá vigência de _____ meses, com a possibilidade de prorrogação anual, respeitada a vigência fixada no item "3" do edital de credenciamento.

39. O CREDENCIADO dará início aos serviços na data da assinatura deste termo de credenciamento (contrato).

CLÁUSULA OITAVA - Da dotação orçamentária.

40. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente termo de credenciamento (contrato) serão os seguintes:

40.1. Para OCS: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de

Recursos 0151000000 - 0270120350 - 0270270013 - 0270270037, Programa de Trabalho Resumido 171497 - 171498 - 171499 - 171500 e Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D5SACIVEMPO - D8SAFCTOCSA - D8SAECBOCSA - D8SACIVOCSA - D8SAFUSOCSA, no valor definido no SIAFI - Tipo: Empenho Estimativo.

CLÁUSULA NONA - Da responsabilidade civil.

41. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO.
42. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Termo de Credenciamento.
43. O CREDENCIADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

CLÁUSULA DÉCIMA - Das sanções.

44. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 12 - "DAS SANÇÕES" - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Da rescisão.

45. O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13 - "DA RESCISÃO" - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Das obrigações do credenciante.

46. As obrigações constam da Seção 10 - "OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE" - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Das obrigações do contratado.

47. As obrigações constam da Seção 11 - "OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS" - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA- Das acomodações para internação

48. Os padrões de acomodações hospitalares para os beneficiários do SAMMED/FuSEx e seus dependentes serão, de acordo com a disponibilidade, os seguintes:
 - 48.1. Para oficiais e seus dependentes:
 - 48.1.1. Quartos privativos; e
 - 48.1.2. Quartos semiprivativos;
 - 48.2. Para subtenentes e sargentos e seus dependentes:
 - 48.2.1. Quartos privativos;
 - 48.2.2. Quartos semiprivativos; e
 - 48.2.3. Enfermaria de até três leitos;
 - 48.3. Para cabos, taifeiros e soldados:
 - 48.3.1. Enfermarias de até três leitos; e
 - 48.3.2. Enfermarias gerais.
 - 48.4. Os dependentes de cabos, soldados e taifeiros terão direito a:
 - 48.4.1. Quartos semiprivativos; e
 - 48.4.2. Enfermaria de até três leitos.
 - 48.5. O padrão das acomodações para hospitalização a que os beneficiários da PASS fazem jus é definido pela correlação estabelecida na Portaria Ministerial nº 396, de

2008, cujo quadro de correlação se encontra transcrito no Anexo V deste termo de credenciamento, sendo obrigatória apresentação do documento de identidade e do contra-cheque para averiguação da acomodação.

- 48.5.1. Quartos privativos;
- 48.5.2. Quartos semiprivativos, e
- 48.5.3. Enfermaria de até três leitos.

48.6. Para alunos do Curso de Formação de Sargentos e Cadetes:

- 48.6.1. Quartos semiprivativos, e
- 48.6.2. Enfermaria de até três leitos.

49. No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com os padrões a que tem direito o beneficiário do FuSEx/SAMMED/PASS, a OCS obrigará-se a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, sem ônus para o beneficiário ou para o FuSEx/SAMMED/PASS.

50. É reservado aos beneficiários do FuSEx/SAMMED/PASS o direito de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si ou para seus dependentes. Neste caso, as diferenças de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção serão pagas integral e diretamente pelo beneficiário ao CREDENCIADO.

50.1. No caso de haver a opção pela melhoria do padrão de acomodação hospitalar, deverá ser assinado, entre o beneficiário, ou servidor civil, e o CREDENCIADO, um TERMO DE AJUSTE PRÉVIO, conforme Anexo I deste Termo de Credenciamento;

50.2. A opção feita pelo beneficiário, ou servidor civil, da melhoria de padrão de acomodação, por meio do Termo de Ajuste Prévio, deverá constar da fatura apresentada pelo CREDENCIADO;

50.3. O cálculo da diferença de valor do padrão de acomodação hospitalar, livremente escolhida pelo beneficiário ou seu responsável, ou pelo servidor civil, terá como base os valores constantes da Lista Referencial de Procedimentos Hospitalares da Escola de Sargentos das Armas - Anexo "M" do Edital, previamente ajustados neste Termo de Credenciamento, considerada a dedução do valor da diária coberta pelo CREDENCIANTE;

50.4. A complementação de honorários profissionais do médico assistente será cobrada diretamente do beneficiário, ou do Servidor Civil, pelo CREDENCIADO, conforme a Tabela CBHPM 5ª Ed. (2008), e

50.5. O paciente terá direito de optar por DIMINUIR o padrão de acomodação, no caso de apartamento para enfermaria, sendo de sua responsabilidade informar ao CREDENCIADO.

51. Será também reconhecido como modalidade de acomodação para as internações dos pacientes o serviço de "Hospital-Dia", sendo coberto para todos os beneficiários deste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - Da negação de remuneração a militares

52. O militar, estando na ativa, não poderá receber remuneração, honorários, complementação destes ou pagamento por serviços profissionais prestados ao beneficiário atendido sob a regência do presente Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Do valor do contrato.

53. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste Termo de Credenciamento terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo Posto Médico da Guarnição de Três Corações, nos contratos anteriores.

53.1. O valor estimado deste Termo de Credenciamento deverá ser tratado apenas como dado estatístico, fruto da evolução da despesa no período citado, bem como forma de determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento;

53.2. O valor estimado deste Termo de Credenciamento não poderá servir de base

rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período, em consonância com o regime de empreitada por preço unitário;

53.3. O CREDENCIADO aquiesce, desde já, a redução do valor do Termo de Credenciamento a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no § 1º do art. 65 da Lei nº 8.666/1993, observado que inexistirá expectativa de direto quanto ao valor estimado.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Do foro.

54. O foro para dirimir questões relativas ao presente Termo de Credenciamento (contrato) será o do município de Varginha/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

55. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Credenciamento, em 2 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

Três Corações/MG, (dia), (mês), (ano).

Pelo CREDENCIANTE:

Nome completo - Cel

CPF:

Ordenador de Despesas da ESA

Pelo CREDENCIADO:

Nome completo

CPF:

Representante legal da OCS

TESTEMUNHAS:

Pelo CREDENCIANTE:

Nome completo

CPF:

Pelo CREDENCIADO:

Nome completo

CPF:

ANEXO I - TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome do beneficiário.....

Nome do responsável.....

Nome do médico assistente.....

CRM (médico assistente)..... CPF (médico assistente).....

O beneficiário ou seu dependente, o hospital e o médico assistente, acima referidos, ajustam entre si as seguintes condições:

1. Sobre-preço das instalações hospitalares especiais, livremente escolhidas pelo beneficiário ou seu responsável, limitado à tabela de preços para a clientela particular, considerada a dedução do valor da diária paga pela UG-FuSEx da ESA ao Hospital:

R\$.....;

2. Complementação de honorários profissionais do médico assistente, conforme constar do contrato (ou convênio) firmado, e de até 100% (cem por cento) dos valores constantes da tabela da AMB, adotada pela Previdência Social:

R\$

Local e data:.....

Assinatura do beneficiário:.....

Assinatura do médico assistente: CRM:

Observações:

a) Para cada médico ou odontólogo, que assistir ao paciente, deverá ser firmado um Termo de Ajuste Prévio;

b) A UG-FuSEx da ESA não se responsabilizará pelos valores que excederem aos previstos nos contratos ou convênios estabelecidos;

c) Este ajuste não autoriza a cobrança de taxas não previstas em Termo de Credenciamento assinado entre a OCS e a UG-FuSEx da ESA, de quaisquer naturezas; e

d) O presente documento deverá ser emitido em quatro vias, com a seguinte destinação: 1ª via - beneficiário ou responsável; 2ª via - UG-FuSEx da ESA (Credenciante); 3ª via - hospital; 4ª via - médico assistente.

_____, MG,/...../2021.

Nome e assinatura do beneficiário_____
Nome e assinatura do responsável pelo Hospital

ANEXO II - PEDIDO DE INTERNAÇÃO

Solicito ao Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) autorização para tratamento do(a) paciente:
(Nome do Paciente)

Nr do PREC CP ou matrícula do SIAPE _____, no(a) Hospital ou Clínica:

(Nome da Instituição) _____.

Com Diagnóstico de: _____ CID: _____

Cujos principais sinais e sintomas são _____

Justificativa para internação: _____

Caráter da Internação: Eletiva Urgência/Emergência

Tipo de tratamento: Clínico Cirúrgico

Descrição dos Procedimentos (tratamento)	Quantidade	Código CBHPM

Data da internação: __/__/____

Data da cirurgia: __/__/____ (se o tratamento for cirúrgico)

Previsão do tempo de hospitalização: _____

Materiais especiais?

Não

Sim, descrição:

_____, MG, __/__/____

(assinatura e carimbo do médico)

ANEXO III - Lista - Índice de Glosa**Tabela de Glosa do FuSEx**

1	Atendimento não caracterizando urgência	4 1	Material incluso no procedimento
2	Acomodação acima da autorizada	4 2	Material não coberto (ver relação anexa)
3	Atendimento por médico militar	4 3	Material não justificado para o caso
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais	4 4	Material não utilizado
5	Cobrança de 30 % não caracterizado urgência ou emergência	4 5	Material reutilizável - pagamento parcial
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	4 6	Medicação não considerada de urgência
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	4 7	Medicação em desacordo com a prescrição
8	Data de atendimento fora da sequencia na planilha	4 8	Medicação em excesso
9	Data de atendimento fora da competência	4 9	Medicação não justificada para o caso
1 0	Diagnóstico ilegível	5 0	Medicação não prescrita
1 1	Diárias em excesso	5 1	Medicação não utilizada
1 2	Diárias fora da tabela acordada	5 2	Medicamento acima do preço de mercado
1 3	Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente	5 3	Medicamento não coberto
1 4	EPI de responsabilidade do prestador	5 4	Medicamento suspenso
1 5	Especialidade não autorizada	5 5	Paciente não é beneficiário FuSEx/PASS
1 6	Evento incluso no pacote acordado	5 6	Prescrição médica cm rasura ou ilegível
1 7	Evento que não comporta cobrança	5 7	Prestador descredenciado
1 8	Exame não prevê cobrança contraste	5 8	Procedimento/exames em excesso
1 9	Exame sem laudo	5 9	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
2 0	Exames/procedimentos não requisitados	6 0	Procedimento/exame em duplicidade
2 1	Falta de discriminação dos serviços executados	6 1	Procedimento/exame não coberto
2 2	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem	6 2	Procedimento/exame não realizado
2 3	Fatura sem separar (FuSEx - PASS - Fator de Custo)	6 3	Prontuário/ficha/boletim ilegível
2 4	Filme -cobrança em desacordo com CBR	6 4	Prontuário/ficha/boletim rasurados
2 5	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	6 5	Retorno de consulta
2	Guia/Ofício de encaminhamento sem	6	SADT/exames fora da tabela acordada

6	assinatura do paciente ou responsável	6	
2	Guia autorizada para outro prestador	6	Sem autorização para procedimento ou exame
7		7	
2	Guia de encaminhamento fora da validade	6	Sem diagnóstico
8		8	
2	Guia não autorizada pelo FuSEx	6	Sem guia/ofício de encaminhamento
9		9	
3	Guia autorizada para outro beneficiário	7	Solicitação médica com data rasurada
0		0	
3	Guia autorizada para outro procedimento	7	Solicitação com data posterior ao exame
1		1	
3	Guia sem carimbo de autorização	7	Solicitação médica com data vencida
2		2	
3	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	7	Solicitação médica sem data
3		3	
3	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	7	Soma errada - cálculo
4		4	
3	Justificar cobrança	7	Taxas fora da tabela acordada
5		5	
3	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério	7	Taxas indevidas ou em excesso
6		6	
3	Material acima do preço de mercado	7	Visita hospitalar em duplicidade
7		7	
3	Material de alto custo sem nota fiscal	7	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
8		8	
3	Material em excesso	7	Visita de especialista sem autorização prévia
9		9	
4	Material fixo	8	Outros
0		0	

ANEXO IV - TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome do titular do FUSEx: _____

Nome do paciente: _____

PrecCp: _____

Especialidade atendida: _____

Data de atendimento: __/__/__

Hora de emissão: __/__/__

Telefones de contato do responsável: _____

Declaro que fui atendido(a), em caráter de URGÊNCIA e/ou EMERGÊNCIA pelo Hospital _____, e me comprometo a providenciar em até 48 (quarenta e oito) horas ou 2 (dois) dias úteis, a contar da data do atendimento, a Guia de Encaminhamento (Autorização).

Estou ciente que o não cumprimento deste termo acarretará o pagamento integral das despesas realizadas, conforme Capítulo III da Urgência e Emergência previstas nas Instruções Reguladoras para Assistência Médico Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38):

“Art. 20. O FUSEx não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências previstas nos arts. 18 e 19 da IR 30-38.”

Assinatura do beneficiário ou responsável

A ser preenchido pela Organização Civil de Saúde /OCS

O dia e horário limite para a troca deste documento pela Guia de Encaminhamento (GE) autorizada pelo SSAMMED/FUSEx/PASS será: ____/____/____ - ____:____h.

Srs. Beneficiários, a troca somente será realizada dentro do prazo e horários estabelecidos acima.

Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível)

OBS: O hospital ficará com o termo original e o responsável pelo paciente ficará com a cópia a ser trocada.

ANEXO V - QUADRO DE CORRELAÇÃO

Conforme Portaria Nº 396 - Cmt EB, de 16 JUN 08, publicada no Boletim do Exército nº 25, de 20 JUN 08.

Este quadro de correlação entre Servidores Civis e Militares no Âmbito do Exército deve ser utilizado para auxiliar na identificação do padrão das acomodações para hospitalização dos beneficiários da PASS.

CARGOS OU FUNÇÕES DE SERVIDORES CIVIS	POSTO/GRADUAÇÃO
- Consultor Jurídico Adjunto do Comando do Exército	Oficial-General
- Cargo em Comissão - Direção e Assessoramento Superior (DAS-100) - Cargo de Nível Superior - Classe "C" e Especial - Professor de Ensino Superior - Titular e Associado - Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classe "E" e Especial - Ciência e Tecnologia - Pesquisador Associado e Titular - Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Pleno III e Sênior - Advogado da União - Categoria Especial e Primeira Categoria	Oficial Superior
- Cargo de Nível Superior - Classes "A" e "B" - Professor de Ensino Superior - Adjunto, Assistente e Auxiliar - Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classes "C" e "D" - Ciência e Tecnologia - Pesquisador Assistente e Adjunto - Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Júnior e Plenos I e II - Advogado da União - Segunda Categoria	Capitão e Tenente
- Cargos de Nível Intermediário - Classes "A", "B", "C" e Especial - Ciência e Tecnologia - Técnico I, II e III - Ciência e Tecnologia - Assistente I, II e III	Subtenente e Sargento
- Cargos de Nível Auxiliar - Classes "A", "B", "C" e Especial	Cabo
OBSERVAÇÕES: - a posição hierárquica do servidor, no contexto da carreira, é representada pela classe a que pertence, aí definidas as suas atribuições e a sua antiguidade; e - a designação de servidor civil para exercer cargos ou funções privativas de categorias de nível ou classe superior ou mesmo de postos ou graduações acima da respectiva correlação, publicada em meio de comunicação oficial, implicará ao servidor civil em questão as prerrogativas inerentes à função.	

ANEXO VI - CAPA DE FATURA

Este modelo de capa de fatura deverá ser adaptado para um papel timbrado da OCS ou do PSA credenciado.

Razão Social (OCS) ou Nome completo (PSA): _____					
CNPJ: 00.000.000/0001-00					
Endereço completo, inclusive com o CEP.					
Telefones		Modalidade do beneficiário assistido:			É CASO DE ÓBITO?
Endereço e-mail		<input type="checkbox"/> FATOR DE CUSTOS	<input type="checkbox"/> PASS	<input type="checkbox"/> AERONÁUTICA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Ordem			beneficiário	(R\$)	s
1	180919	15/01/1822	Luís Alves de Lima e Silva	84,00	
2	311575	31/03/1973	Carlos Antônio Napion	160,00	
3	357891	01/04/2050	João C. Vilagran Cabrita	320,00	
...	
TOTAL				564,00	

Declaro que todos os dados constantes neste romaneio foram elaborados e conferidos por mim, correspondendo fielmente aos serviços prestados pela (Razão Social da OCS ou Nome completo do PSA) aos beneficiários do SAMMED/FUSEX/PASS.

Três Corações/MG, (dia) de (mês) de 2021.

Assinatura (ou rubrica):

 (Nome completo)
 Responsável pela confecção da fatura

ANEXO VII - PUERICULTURA (INSTRUÇÕES GERAIS)

1. A consulta em puericultura obedecerá às seguintes instruções gerais:

- 1.1 . Necessita de autorização prévia da Seção de Auditoria da ESA;
- 1.2 . Não pode ser cobrada concomitante à consulta médica eletiva;
- 1.3 . Não se refere à consulta por patologia aguda ou crônica já identificada;
- 1.4 . É sequencial e limitada, obedecendo à DIRETRIZ DA CBHPM, conforme transcrito a seguir:
 - 1.4.1. Tabela de frequência e regularidade dos procedimentos de puericultura (Código - 1.01.06.14-6):

Lactente (0-2 anos)	Pré-escolar (2-4 anos)	Escolar (5-10 anos)	Adolescente (11-19 anos)
1a semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

1.4.2. O atendimento ambulatorial em puericultura inclui as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os itens a seguir descritos:

- 1.4.2.1. Avaliação do estado nutricional da criança pelos indicadores clínicos definidos pelo Ministério da Saúde;
- 1.4.2.2. Avaliação da história alimentar;
- 1.4.2.3. Avaliação da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde;
- 1.4.2.4. estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde;
- 1.4.2.5. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- 1.4.2.6. Avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola;
- 1.4.2.7. Avaliação do padrão de atividades físicas diárias conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde;
- 1.4.2.8. Exame da capacidade visual;
- 1.4.2.9. Avaliação das condições do meio ambiente conforme roteiro do Ministério da Saúde;
- 1.4.2.10. Avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança;
- 1.4.2.11. Avaliação do desenvolvimento da sexualidade;
- 1.4.2.12. Avaliação quantitativa e qualitativa do sono;
- 1.4.2.13. Avaliação da função auditiva;
- 1.4.2.14. Avaliação da saúde bucal.

2. No Faturamento das consultas de puericultura, deve constar formulário conforme item 3.

Caso o atendimento não preencha os requisitos de consulta de puericultura, será pago o valor de consulta médica pediátrica.

3. Faturamento de consultas de puericultura:

Ordem da consulta: _____

Nome da Criança: _____

Idade: _____

Data da consulta: _____

Prec-cp: _____

Assinatura do responsável (conforme assinatura da guia)

ANEXO VIII - COMANDA PARA REFEIÇÕES

Paciente: _____

Nr do PREC CP ou PASS ou CPF _____ DN: _____

Hospital ou Clínica: _____

Data: ___/___/___

REFEIÇÃO	QUANTIDADE	ASSINATURA DO ACOMPANHANTE (nome legível)
DESJEJUM		
COLAÇÃO		
ALMOÇO		
LANCHE		
JANTAR		
CEIA		

* Caso seja cobrada a diária de acompanhante, está incluso os seguintes serviços: desjejum, colação, lanche e ceia. Quando não for o caso da diária de acompanhante, cobrar separadamente;

*Almoço e jantar será cobrados a parte;

* As diárias de acompanhantes, para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos de idade, serão cobertas por parte do SAMMED/FuSEx/PASS, conforme estabelecem o art. 64 da Portaria no DGP-48, de 28 de fevereiro 2008 (IR 30-38) e art. 68 da Portaria no DGP-117, de 19 de maio de 2008 (IR 30-57);

*** Os acompanhantes para pacientes, fora dessa faixa etária, não terão as diárias cobertas pelo FuSEx/SAMMED/PASS, sendo implantadas no código ZM1 (cobrados 100% do valor do contrato).**

Eu, _____, declaro que li e estou ciente das informações acima.

Três Corações – MG, ___/___/_____.

(Assinatura do acompanhante)

(Assinatura do Hospital ou Clínica)

ANEXO IX - COMANDA PARA DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

Paciente: _____
 Nr do PREC CP ou PASS ou CPF _____ DN: _____
 Hospital ou Clínica: _____
 Período de internação: ___/___/___ a ___/___/___

DATA	ASSINATURA DO ACOMPANHANTE (nome legível)

* A diária de acompanhante poderá ser cobrada somente nos casos em que o **acompanhante pernoitar**. Estão inclusos os seguintes serviços: desjejum, colação, lanche da tarde, ceia, rouparia de cama e banho, acomodação adequada para repouso do acompanhante;

* Obrigatório a assinatura do acompanhante para comprovação;

*Almoço e jantar serão cobrados a parte;

* As diárias de acompanhantes, para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos de idade, serão cobertas por parte do SAMMED/FuSEx/PASS, conforme estabelecem o art. 64 da Portaria no DGP-48, de 28 de fevereiro 2008 (IR 30-38) e art. 68 da Portaria no DGP-117, de 19 de maio de 2008 (IR 30-57);

*** Os acompanhantes para pacientes, fora dessa faixa etária, não terão as diárias cobertas pelo FuSEx/SAMMED/PASS, sendo implantadas no código ZM1 (cobrados 100% do valor do contrato).**

Eu, _____, declaro que li e estou ciente das informações acima.

Três Corações – MG, ___/___/_____.

 (Assinatura do acompanhante)

 (Assinatura do Hospital ou Clínica)