

MINUTA

Fl nº _____

ANEXO F – PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS - PSA



**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: Nome do PSA (CPF).

OBJETO: Prestação de serviços de assistência à saúde na especialidade de _____.

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: _____

VALOR ESTIMADO: R\$ _____

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: _____

CONTRATO Nr: _____

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 o Profissional de Saúde Autônomo (PSA) _____, inscrito no CPF sob o nº _____, documento de identidade nº _____ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais, estabelecido(a) à Rua _____, Nº _____, Bairro _____, Município _____, 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 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 diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de profissional de saúde autônomo, prestação de serviço de saúde na especialidade de (citar a área e/ou especialidade do PSA), devidamente reconhecida por parte do respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

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.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento Nº _____ 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”, 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;

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

6. 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.

7. Os serviços, objeto do presente Termo de Credenciamento, serão prestados pessoalmente por parte do profissional ora CREDENCIADO.

8. 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.

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

10. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo SAMMED/FuSEx/PASS, decorrente de

atendimento realizado será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria da CREDENCIANTE, que decidirá pela sua autorização ou negação.

11. 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.

12. 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 117-DGP/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.

12.1. 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;

12.2. 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).

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

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

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

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

16. A execução deste termo de credenciamento deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante da 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.

17. O Serviço de Auditoria do 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. Os serviços serão remunerados com base nos valores constantes na LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS E VALORES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AO SAMMED/FUSEX/PASS DA ESCOLA DE SARGENTOS DAS ARMAS, constante no Anexo "M" do Edital

de Credenciamento.

22. 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.

23. 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 III deste termo credenciamento.

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

25. O CREDENCIADO se obriga a apresentar a fatura ao CREDENCIANTE no prazo e normas estabelecidas no item 7.12.1 do Edital de Credenciamento, na Seção de Auditoria do PMGuTC, na Escola de Sargentos das Armas (ESA), utilizando o modelo previsto no Anexo IV deste instrumento.

25.1. 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;

25.2. 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;

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

25.4. 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.

26. 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.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.

28. 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.

29. O CREDENCIADO dará início aos serviços na data da assinatura deste Termo de Credenciamento (contrato).

CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.

30. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente Termo de Credenciamento serão os seguintes:

30.1. Para PSA: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0100000000 – 0250270013 – 0250270037, Programa de Trabalho Resumido 149389 – 089046

– 089047 e Natureza de Despesa 339036 e 339147, e Plano Interno D8SAFCTPRSA – D8SACIVPRSA – D8SAFUSPRSA. Fonte de Recursos 0250120350, Programa de Trabalho Resumido 086180, Natureza de Despesa 339036 e 339147, e Plano Interno A0004650100.

CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.

31. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO.

32. 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.

33. 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.

34. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 12 – “DAS SANÇÕES” – do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.

35. 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.

36. As obrigações constam da Seção 10 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do credenciado.

37. As obrigações constam da Seção 11 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Da negação de remuneração a militares.

38. 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 QUINTA – Do valor do contrato.

39. 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 Termos de Credenciamento anteriores firmados com pessoas físicas, na área de saúde, da respectiva especialidade.

39.1. O valor estimado deste contrato 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 Termo de Credenciamento;

39.2. 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;

39.3. 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 direito quanto ao valor estimado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do foro.

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

41. 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

TESTEMUNHAS:

Pelo CREDENCIANTE:

Nome completo
CPF:

Pelo CREDENCIADO:

Nome completo
CPF:

MINUTA

FI nº

ANEXO I - 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 AMB

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 II - Lista – Índice de Glosa

Tabela de Glosa do FuSEx			
1	Atendimento não caracterizando urgência	41	Material incluso no procedimento
2	Acomodação acima da autorizada	42	Material não coberto (ver relação anexa)
3	Atendimento por médico militar	43	Material não justificado para o caso
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais	44	Material não utilizado
5	Cobrança de 30 % não caracterizado urgência ou emergência	45	Material reutilizável – pagamento parcial
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	46	Medicação não considerada de urgência
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	47	Medicação em desacordo com a prescrição
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha	48	Medicação em excesso
9	Data de atendimento fora da competência	49	Medicação não justificada para o caso
10	Diagnóstico ilegível	50	Medicação não prescrita
11	Diárias em excesso	51	Medicação não utilizada
12	Diárias fora da tabela acordada	52	Medicamento acima do preço de mercado
13	Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente	53	Medicamento não coberto
14	EPI de responsabilidade do prestador	54	Medicamento suspenso
15	Especialidade não autorizada	55	Paciente não é beneficiário FuSEx/PASS
16	Evento incluso no pacote acordado	56	Prescrição médica cm rasura ou ilegível
17	Evento que não comporta cobrança	57	Prestador descredenciado
18	Exame não prevê cobrança contraste	58	Procedimento/exames em excesso
19	Exame sem laudo	59	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
20	Exames/procedimentos não requisitados	60	Procedimento/exame em duplicidade
21	Falta de discriminação dos serviços executados	61	Procedimento/exame não coberto
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem	62	Procedimento/exame não realizado
23	Fatura sem separar (FuSEx – PASS – Fator de Custo)	63	Prontuário/ficha/boletim ilegível
24	Filme –cobrança em desacordo com CBR	64	Prontuário/ficha/boletim rasurados
25	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	65	Retorno de consulta
26	Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável	66	SADT/exames fora da tabela acordada
27	Guia autorizada para outro prestador	67	Sem autorização para procedimento ou exame
28	Guia de encaminhamento fora da validade	68	Sem diagnóstico
29	Guia não autorizada pelo FuSEx	69	Sem guia/ofício de encaminhamento
30	Guia autorizada para outro beneficiário	70	Solicitação médica com data rasurada
31	Guia autorizada para outro procedimento	71	Solicitação com data posterior ao exame
32	Guia sem carimbo de autorização	72	Solicitação médica com data vencida
33	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	73	Solicitação médica sem data
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	74	Soma errada – cálculo
35	Justificar cobrança	75	Taxas fora da tabela acordada

MINUTA

Fl nº

36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério	76	Taxas indevidas ou em excesso
37	Material acima do preço de mercado	77	Visita hospitalar em duplicidade
38	Material de alto custo sem nota fiscal	78	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
39	Material em excesso	79	Visita de especialista sem autorização prévia
40	Material fixo	80	Outros

MINUTA

FI nº

ANEXO III - 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.

MINUTA

FI nº _____

ANEXO IV – 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
Endereço de e-mail

Fatura Nº01/FEV

Período: 1º a 31 de janeiro de 2021.

Modalidade do beneficiário assistido:				É CASO DE ÓBITO?	
<input type="checkbox"/> FUSEX	<input type="checkbox"/> FATOR DE CUSTOS	<input type="checkbox"/> PASS	<input type="checkbox"/> AERONÁUTICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Nº Ordem	Nº GE	Data GE	Nome completo do beneficiário	Valor (R\$)	Observações
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 VI – 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.

MINUTA

Fl nº

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 VII – DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE IMPOSTO PREVIDENCIÁRIO**DECLARAÇÃO****À ESCOLA DE SARGENTOS DAS ARMAS**

Declaro, sob as penas de lei, que o desconto de minha contribuição previdenciária como segurado contribuinte individual do Instituto Nacional de Previdência Social INSS, no período de janeiro a dezembro de 2021, será retido pela(o) ex: empresa UNIMED – Três Corações, ou outra, etc inscrita no CNPJ sob nº XXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Declaro ainda, estar ciente que fico responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou remuneração inferior à indicada nesta declaração.

A presente declaração, a qual mantereí uma cópia em meu poder juntamente com os comprovantes de pagamento para a apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade com o disposto nos artigos 81 e 82, da Subseção I – Obrigações do Contribuinte Individual, da Instrução Normativa SRP nº 3, de 14 de julho de 2005, publicada no DOU de 15 de julho de 2005, Seção I, página 34.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal do INSS decorrente de efeitos.

Três Corações – MG, ___ de _____ de 2021.

Assinatura: _____ (espaço para assinatura)

Dr. JOSÉ FULANO DA SILVA (nome legível completo e carimbo funcional)

Inscrição no INSS: nº da inscrição

MINUTA

FI nº

ANEXO VIII – MODELO DE RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO – RPA

Nº DO RECIBO

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA	MATRÍCULA
Escola de Sargentos das Armas (ESA)	09575541/000 -

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE _____ AOS BENEFICIÁRIOS DO SAMMED/FuSEx A IMPORTÂNCIA DE R\$ _____ (_____) CONFORME DISCRIMINAÇÃO ABAIXO:

NÚMERO DE INSCRIÇÃO
Nº INSS: (preencher)
Nº CPF: (preencher)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE OU CONSELHO	
NÚMERO:	ÓRGÃO EMISSOR:
(preencher)	(preencher)

LOCALIDADE:	DATA:
Três Corações/MG	/ /

NOME COMPLETO:
(preencher)

ESPECIFICAÇÃO	
I VALOR DO SERVIÇO PRESTADO: _____ R\$ _____	
II REEMBOLSO (10% DE ATÉ O SALÁRIO R\$ _____)	
	SOMA: R\$ _____
DESCONTOS	
III IMP. RENDA _____ R\$ _____	
IV _____ R\$ _____	
V _____ R\$ _____	
	VALOR LIQUIDO: R\$ _____

ASSINATURA:
(CARIMBAR e ASSINAR)