

ANEXO F - TERMO DE CONTRATO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA)



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR  
(4ª Distrito Militar/1891)  
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

CREDENCIANTE: UNIÃO / MINISTÉRIO DA DEFESA /  
EXÉRCITO BRASILEIRO / COMANDO DA 4ª REGIÃO  
MILITAR.

CREDENCIADO: **FABRÍCIA SILVA DANTAS RAINER**

OBJETO: Prestação de serviços por Profissionais de Saúde  
Autônomos aos beneficiários do FUSEx.

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: 20/03/2025 a 31/12/2034

VALOR ESTIMADO ANO: 15.000,00.

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço  
unitário.

PROCESSO Nº: 64316.019257/2024-40

CONTRATO Nr 10184/2025: originado do PCS/INEX  
325/2025– SAMMED/FUSEx do Edital 01/2024– CC/FuSEx

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Av. Raja Gabágliã, nº 450, Bairro Gutierrez, Belo Horizonte – MG, CEP: 30.441-070, inscrita no CNPJ sob o nº 09.576.937/0001-84 – 09.576.937/0002-65, representada neste ato pelo do Ordenador de Despesas 2, [REDACTED] – Major, portador da cédula de identidade nº [REDACTED] expedida pelo Serviço de Identificação do Exército Brasileiro, inscrito no CPF sob o nº [REDACTED] residente e domiciliado(a) nesta cidade, doravante denominado CREDENCIANTE e de outro lado o(a) Profissional de Saúde Autônomo [REDACTED] R, situado na Rua Tiradentes, nº 895, Bairro Condomínio Inconfidentes, CEP: 34.018-28, Nova Lima – MG, portador(a) da cédula de identidade nº [REDACTED] expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais, inscrito(a) no CPF sob o nº [REDACTED] residente e domiciliado(a) nesta cidade, doravante denominado CREDENCIADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Contrato é garantir aos militares da ativa, da reserva ou reformados, ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes e Servidores Civis do Exército Brasileiro (ativos e

inativos) e seus dependentes, nas condições especificadas neste instrumento e no Edital, por intermédio de Profissional de Saúde Autônomo, prestação de serviço de saúde, nas especialidades de **FISIOTERAPIA PNEUMO FUNCIONAL DOMICILIAR**, devidamente reconhecidas por parte dos respectivos órgãos federais das profissões e regulamentadas por lei.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.**

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da 4ª Região Militar, de 22 de Novembro de 2022, 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.
5. Será de responsabilidade do beneficiário a sua apresentação nas instalações do CREDENCIADO.
6. As solicitações para realização de procedimentos cirúrgicos e internações eletivas devem vir acompanhadas da seguinte relação de documentos:
  - 6.1. Relatório médico detalhado (legível) fornecido pelo profissional solicitante devidamente assinado, datado e acompanhado do respectivo número de inscrição no conselho de classe (CRM), contendo diagnósticos médicos realizados (enquadramento da indicação da realização do procedimento/exame pelo Código Internacional de Doenças (CID-10) e indicação do exame/procedimento com justificativa fundamentada;
  - 6.2. Cópia do laudo do exame complementar principal (incluindo os exames de imagens) quando for o caso;
  - 6.3. Relatório Médico Militar.
7. As solicitações de procedimentos cirúrgicos deverão ser acompanhadas dos respectivos códigos de acordo com o código da Classificação Brasileira Hierarquizada (CBHPM) do edital vigente, previsão de diárias e orçamento de OPME (quando houver), fornecendo nesses casos, a indicação de quantidade, preço unitário e deverão ser aplicados os valores da tabela FUSEX-BH, contidos no Edital de Credenciamento de OCS/PSA vigente. No caso dos materiais fora de tabela, deverão ser fornecidos além dos requisitos citados anteriormente, o número de registro do material na ANVISA, observando o contido no item nº 2 do DIEx Nº1- SSAPA/Sdir Tec/ Gabdir -CIRCULAR “encaminhamento de três orçamentos distintos das órteses, próteses e Materiais Especiais (OPME) a serem utilizadas, com discriminação de valores, quando for o caso”.
8. Importante salientar que a documentação solicitada é uma exigência da Diretoria de Saúde do Exército através do contido em DIEx nº 19-SSPA/Sdir Tec/Gabdir-CIRCULAR e se faz necessária para a solicitação da autorização para realização do procedimento através da UNIDADE GESTORA- FUSEX-BH. Estas exigências também estão de acordo com o contido no Capítulo IV, Art.80 da PORTARIA Nº 048-DGP, de 28 DE FEVEREIRO DE 2008, “As fases de processamento das despesas médicas deverão ser acompanhadas pela UG FUSEX por intermédio de auditorias prévias, concorrentes e a posteriori, além da verificação da lisura e inspeções administrativas.
9. A ausência de parte da documentação impossibilita a UNIDADE GESTORA- FUSEX-BH de requerer para avaliação de sua gestão e também junto à SEÇÃO DE SAÚDE REGIONAL DA 4ª



RM e à DIRETORIA DE SAÚDE DO EXÉRCITO a autorização para o procedimento e não serão reconhecidas, pelo FUSEx-BH, despesas que não estejam corroboradas pelos trâmites documentais regulares exigidos à sua execução.

10. Nos casos de atendimento nas áreas de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, 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.

11. Os serviços, objeto do presente contrato, serão prestados pessoalmente por parte do profissional ora 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 e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.

14. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FUSEx/SAMMED/PASS, decorrente de atendimento realizado será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria das UAt, 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 DGP-48/2008.

16. Os beneficiários do FUSEx/SAMMED/PASS têm direito a cobertura ou financiamento de órteses e próteses não odontológicas, nos termos das Portaria nº DGP-48/2008 (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 DGP-48/2008 (IR 30-38).

17. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FUSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo “R” do edital, não se incluem na presente contratação.

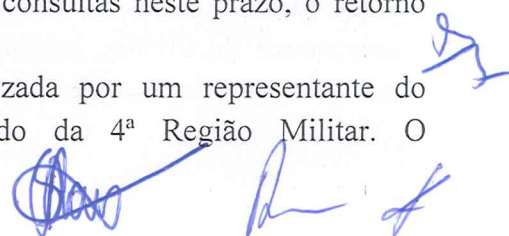
**17.1.** Caso solicitado, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.

18. Nos casos de internação, o CREDENCIADO deverá solicitar autorização prévia da Seção de auditoria, conforme o modelo do Anexo I deste Termo de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos.

19. O CREDENCIADO deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias para os casos de RETORNO DE CONSULTAS ambulatoriais.

**19.1.** Caso o CREDENCIADO não tenha disponibilidade de consultas neste prazo, o retorno deve ser considerado até a marcação.

20. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno do Comando da 4ª Região Militar. O



CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

21. O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

#### **CLÁUSULA QUINTA - Dos preços e das condições de pagamento.**

22. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme a Seção 8 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

23. Registrem-se abaixo regras de contraprestação específicas a este tipo de contrato:

**23.1.** O CREDENCIADO acolherá por contraprestação os pacotes de prestação de serviços – Anexo O do Edital - que conjuguem avaliação, prescrição e acompanhamento com acomodações (hotelaria), taxas hospitalares, instrumental cirúrgico, gasometria, equipamentos e outros serviços especiais para a efetivação do tratamento proposto.

**24. Os serviços serão remunerados com base nos valores constantes nas tabelas citadas no Edital de credenciamento.**

25. O CREDENCIANTE somente indenizará as contas apresentadas quando o usuário tiver sido encaminhando por parte da UAt da Guarnição de Belo Horizonte, acompanhado da Guia de Encaminhamento, com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço:

**25.1.** No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, mediante assinatura de um “Termo de Compromisso” pelo beneficiário ou dependente, se comprometendo a levar a Guia de autorização ao Hospital, no período de até 48 horas, conforme modelo do Anexo IV deste Contrato, sendo **obrigatório** anexar ao referido termo, uma cópia legível do documento de identificação do paciente.

**25.2.** No caso do atendimento de Fator de Custos, o encaminhamento dar-se-á por médico militar.

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

27. Os valores vigentes na data de atendimento serão os considerados para a quitação das faturas.

28. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE, as faturas, contados a partir do atendimento prestado, nos seguintes prazos: **1) 45 (quarenta e cinco) dias**, para faturas referentes aos atendimentos continuados, como por exemplo atendimentos de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e hemodiálise; **2) 30 (trinta dias)**, para faturas referentes aos demais serviços, inclusive internação hospitalar e domiciliar (no caso de faturas de internações, é desejável o envio das faturas parciais), na Seção de Lixura de Contas Médicas do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte / MG, em 02 (duas) vias de igual teor, em nome do Comando da 4ª Região Militar, Unidade Gestora do Fundo de Saúde do Exército, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do FUSEx/SAMMED/PASS com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, a relação de materiais e medicamentos gastos, em sala de cirurgia ou fora dela, relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, número de matrícula do Servidor Civil ou de seu dependente, se for o caso, número de matrícula no cadastro de beneficiários do FuSEx (número de cartão FUSEx, composto pelo Código de Pessoal – PREC/CP – mais sequência familiar), se militar contribuinte do FUSEx, código da **Tabela CBHPM 2013, com acréscimo de 19% (dezenove por cento)**, os quantitativos de CH, pacote adotado, valor de R\$ (reais), relatório de conferência (espelho) e

uma ficha de controle de procedimentos.

- 28.1. 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;
  - 28.2. O CREDENCIADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FUSEx, de Servidores Cíveis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;
  - 28.3. O CREDENCIADO deverá enviar as guias de encaminhamento assinadas pelo beneficiário após o atendimento, juntamente com uma folha espelho (MODELO ANEXO V) para faturamento.
  - 28.4. O CREDENCIADO deverá apresentar as faturas em lotes separados, organizados por despesas com consultas eletivas, exames, setor de ambulatório, internações, consultas de emergência/urgência e oncológicas e em ordem alfabética;
  - 28.5. O CREDENCIANTE restituirá a documentação citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 15 (quinze) dias do respectivo protocolo;
  - 28.6. Aceita a documentação, dentro do prazo acima fixado, a mesma será recebida por meio de termo circunstanciado assinado pelas partes.
29. O CREDENCIANTE glosará, total ou parcialmente, mediante motivação, a remuneração pelos serviços prestados especificados nas faturas que não estiverem de acordo com este contrato ou o Edital:
- 31.1. O CREDENCIADO poderá interpor representação, nos termos do art. 109, II, da Lei nº 8.666/1993, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CREDENCIANTE, conforme a Lista Referencial de Glosa do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, Anexo II deste Termo de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos, dentro do prazo de 30 (trinta) dias;
  - 31.2. O Setor de Lisura do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte possuirá o prazo de 30 (trinta) dias, contado a partir do término do prazo do subitem 30.6; e
  - 31.3. Caso o Setor de Lisura reconsidere sua decisão, o procedimento de pagamento prosseguirá seu curso;
  - 31.4. Caso o Setor de Lisura não reconsidere sua decisão, a representação deverá ser encaminhada, como recurso, ao Ordenador de Despesas 2 do Comando da 4ª Região Militar, observado o procedimento posto nos arts. 56 a 65 da Lei nº 9.784/1999.

#### **CLÁUSULA SEXTA – Da atualização dos preços.**

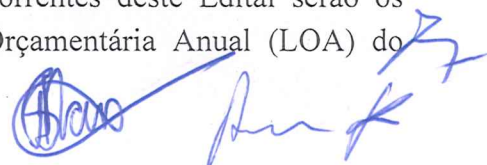
30. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 9 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do Edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.**

31. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é fixado no Edital, com início na data de **29/01/2025** e encerramento em **31/12/2034**, sendo improrrogável.

#### **CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.**

32. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos decorrentes deste Edital serão os descritos abaixo, podendo ser alterados de acordo com a Lei Orçamentária Anual (LOA) do



exercício corrente:

**36.1.** Para OCS: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0170270037 – 0170270013 - Programa de Trabalho Resumido (PTRES) 171500 – 171497 – 171498 - 171499, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SACIVOCSA – D8SAFUSOCSA – D8SAFCTOCSA – D8SAECBOCSA.

**36.2.** Para PSA: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0170270037 – 0170270013 - Programa de Trabalho Resumido (PTRES) 171500 – 171497 – 171498 - 171499, Natureza de Despesa 339036 e Plano Interno D8SACIVPRSA – D8SAFUSPRSA – D8SAFCTPRSA – D8SAECBPRSA.

#### **CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.**

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

34. 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 Contrato.

35. 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.**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.**

37. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13 – “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do credenciante.**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do credenciado.**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Da negação de remuneração a militares.**

40. 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 Contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Do valor do contrato.**



41. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses, pelo Posto Médico da Guarnição Belo Horizonte, nos contratos anteriores firmados com pessoas físicas, na área de saúde, da respectiva especialidade.

**41.1.** 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 contrato;

**41.2.** O valor estimado deste contrato 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;

**41.3.** O CREDENCIADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato 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 – Obrigações pertinentes à LGPD.**

42. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

43. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

44. É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.

45. A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pelo CREDENCIADO.

46. Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do CREDENCIADO eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

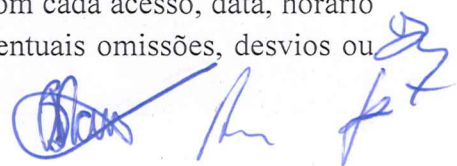
47. É dever do CREDENCIADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

48. O CREDENCIADO deverá exigir de suboperadores e subcontratados o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.

49. O CREDENCIANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o CREDENCIADO atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

50. O CREDENCIADO deverá prestar, no prazo fixado pelo CREDENCIANTE, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.

51. Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados (LGPD, art. 37), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou



abusos.

51.1. Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD.

52. O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

53. Os contratos e convênios de que trata o § 1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à autoridade nacional.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Do foro.**

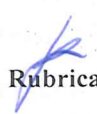
54. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de Belo Horizonte/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

55. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, 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.

Belo Horizonte, 20 de março de 2025.

  
[Redacted]  
Ordenador de Despesas 2 do Cmdo 4ª RM  
Credenciante

Identidade Nr: [Redacted]

  
Rubrica

[Redacted]  
Testemunha

Identidade Nr: [Redacted] 3-5

  
Rubrica

[Redacted]  
Representante Legal

Identidade Nr: [Redacted]

Rubrica

[Redacted]  
Testemunha

Identidade Nr: [Redacted]

Rubrica



ANEXO I ao Termo de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos

**TERMO DE AJUSTE PRÉVIO**

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome do beneficiário \_\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_

Nome do médico assistente: \_\_\_\_\_ CRM : \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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 RM/UG-FuSEx 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 RM/UG-FUSEx 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 o Exército Brasileiro, 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 – RM/UG-FUSEx; 3ª via - hospital; 4ª via - médico assistente.

\_\_\_\_\_, MG \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do beneficiário

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável do hospital



ANEXO II ao Termo de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos

MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR  
(4ª Distrito Militar/1891)  
REGIÃO DAS MINAS DE OURO  
**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 na ☐ 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 III ao Termo de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos

**Lista – Índice de Glosa**

MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR  
(4ª Distrito Militar/1891)  
REGIÃO DAS MINAS DE OURO

**LISTA REFERENCIAL DE GLOSA DO POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO  
DE BELO HORIZONTE**

**1. Tabela de Glosa:**

| Nr | MOTIVO                                                    | Nr | MOTIVO                                            |
|----|-----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|
| 1  | Atendimento não caracterizando urgência                   | 42 | Material não coberto (ver relação anexa)          |
| 2  | Acomodação acima da autorizada                            | 43 | Material não justificado para o caso              |
| 3  | Atendimento por médico militar                            | 44 | Material não utilizado                            |
| 4  | Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais             | 45 | Material reutilizável – pagamento parcial         |
| 5  | Cobrança de 30 % não caracterizada urgência ou emergência | 46 | Medicação não considerada de urgência             |
| 6  | Consulta inclusa no procedimento cirúrgico                | 47 | Medicação em desacordo com a prescrição           |
| 7  | Curativo incluso no procedimento cirúrgico                | 48 | Medicação em excesso                              |
| 8  | Data de atendimento fora da sequência na planilha         | 49 | Medicação não justificada para o caso             |
| 9  | Data de atendimento fora da competência                   | 50 | Medicação não prescrita                           |
| 10 | Diagnóstico ilegível                                      | 51 | Medicação não utilizada                           |
| 11 | Diárias em excesso                                        | 52 | Medicamento acima do preço de mercado             |
| 12 | Diárias fora da tabela acordada                           | 53 | Medicamento não coberto                           |
| 13 | Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente    | 54 | Medicamento suspenso                              |
| 14 | EPI de responsabilidade do prestador                      | 55 | Paciente não é beneficiário FuSEx/PASS            |
| 15 | Especialidade não autorizada                              | 56 | Prescrição médica com rasura ou ilegível          |
| 16 | Evento incluso no pacote acordado                         | 57 | Prestador descredenciado                          |
| 17 | Evento que não comporta cobrança                          | 58 | Procedimento/exames em excesso                    |
| 18 | Exame não prevê cobrança contraste                        | 59 | Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico |
| 19 | Exame sem laudo                                           | 60 | Procedimento/exame em duplicidade                 |
| 20 | Exames/procedimentos não requisitados                     | 61 | Procedimento/exame não coberto                    |
| 21 | Falta de discriminação dos serviços executados            | 62 | Procedimento/exame não realizado                  |
| 22 | Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem   | 63 | Prontuário/ficha/boletim ilegível                 |

|    |                                                                         |    |                                               |
|----|-------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------|
| 23 | Fatura sem separar (FuSEx – PASS – Fator de Custo)                      | 64 | Prontuário/ficha/boletim rasurados            |
| 24 | Filme –cobrança em desacordo com CBR                                    | 65 | Retorno de consulta                           |
| 25 | Guia/Ofício de encaminhamento ilegível                                  | 66 | SADT/exames fora da tabela acordada           |
| 26 | Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável | 67 | Sem autorização para procedimento ou exame    |
| 27 | Guia autorizada para outro prestador                                    | 68 | Sem diagnóstico                               |
| 28 | Guia de encaminhamento fora da validade                                 | 69 | Sem guia/ofício de encaminhamento             |
| 29 | Guia não autorizada pelo FuSEx                                          | 70 | Solicitação médica com data rasurada          |
| 30 | Guia autorizada para outro beneficiário                                 | 71 | Solicitação com data posterior ao exame       |
| 31 | Guia autorizada para outro procedimento                                 | 72 | Solicitação médica com data vencida           |
| 32 | Guia sem carimbo de autorização                                         | 73 | Solicitação médica sem data                   |
| 33 | Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados                | 74 | Soma errada – cálculo                         |
| 34 | Honorários médicos fora da tabela ou em excesso                         | 75 | Taxas fora da tabela acordada                 |
| 35 | Justificar cobrança                                                     | 76 | Taxas indevidas ou em excesso                 |
| 36 | Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério           | 77 | Visita hospitalar em duplicidade              |
| 37 | Material acima do preço de mercado                                      | 78 | Visitas inclusas no procedimento cirúrgico    |
| 38 | Material de alto custo sem nota fiscal                                  | 79 | Visita de especialista sem autorização prévia |
| 39 | Material em excesso                                                     | 80 | Cobrança de código sobreposto                 |
| 40 | Material fixo                                                           | 81 | Recurso fora do prazo                         |
| 41 | Material incluso no procedimento                                        | 82 | Outros                                        |

## 2. Observações:

- 2.1. Quando o CREDENCIANTE glosar, total ou parcialmente, as contas do CREDENCIADO, utilizando o item 82, fará constar no Relatório de Glosa o motivo da glosa por escrito.

ANEXO IV ao Termo de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos

(RAZÃO SOCIAL/CNPJ/ENDEREÇO DA CREDENCIADA)

**TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

Nome do titular do FUSEx: \_\_\_\_\_

Nome do Dependente (Paciente): \_\_\_\_\_

PrecCp: \_\_\_\_\_

Especialidade atendida: \_\_\_\_\_

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone de contato do responsável e do paciente (obrigatório): \_\_\_\_\_

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

“Art. 20. O FUSEx não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja 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**

Horário limite para a Troca do Termo para a Guia autorizada do FUSEx: \_\_\_\_\_

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.**

**Obs: Anexar junto a este termo uma cópia legível do documento de identificação do paciente (obrigatório).**



ANEXO V ao Termo de Contrato das Clínicas de Reabilitação

**FICHA INDIVIDUAL DE CONTROLE DE TERAPIAS / FISIOTERAPIAS - FuSEx**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_.

| Nr de Ordem | Nr Guia | Data Atendimento | Assinatura do Paciente |
|-------------|---------|------------------|------------------------|
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |
|             |         |                  |                        |

\_\_\_\_\_  
Carimbo/Assinatura do Profissional Atendente

***Obs: Transcrever esse modelo no verso da Guia de Encaminhamento ou imprimir e anexar à Guia.***



ANEXO VI ao Termo de Contrato para Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar móvel

**MODELO DE CONFECCÃO DA FOLHA ESPELHO PARA FATURAMENTO A SER ENVIADO COM AS GUIAS DE ENCAMINHAMENTO**

NOME DA EMPRESA (ENDEREÇO, CNPJ, TEL, ETC)

Nº FATURA: \_\_\_\_/(ANO)

(Nº CRIADO PELA OCS/PSA DEVENDO SER BEM LEGÍVEL, NUNCA REPETIDO, PARA CADA FATURA)

**FAZER LISTA NOMINAL EM ORDEM ALFABETICA PELO NOME DO PACIENTE E AS GUIAS ENVIADAS NA MESMA ORDEM DA LISTA**

| PACIENTE | Nº PREC CP | Nº GUIA | DATA ATENDIMENTO | VALOR |
|----------|------------|---------|------------------|-------|
|          |            |         |                  |       |
|          |            |         |                  |       |
|          |            |         |                  |       |
| TOTAL    |            |         |                  |       |

**VALOR TOTAL DOS ATENDIMENTOS NO FINAL DO ESPELHO**

**CARIMBO OU NOME COMPLETO DA EMPRESA COM A ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (SEMPRE OBSERVAR O VALOR DO CONTRATO E COLOCAR CORRETAMENTE NA FOLHA ESPELHO)**

ENTREGA DE FATURAS DO DIA 1º AO DIA 8 DE CADA MÊS

(DE 09:00H ATÉ 11:30H)

CONTATOS:

3508-9874 – LISURA/AUDITORIA

3508-9875 – CONTRATOS

3508-9849 – PAGAMENTOS

