

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE**

**AVISO DE EDITAL**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2022 (Retificado)**

**(pág. 48)**

A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – identificada por CAPEP-SAÚDE, CNPJ/MF nº 58.197.948/0001-69, na forma da Lei Federal 14.133/21 e Decreto Municipal 8337/2019, torna público que está procedendo a retificação do credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na Autarquia, assim discriminados no objeto do presente Edital, observadas as condições constantes dos itens seguintes:

**1 – OBJETO:** Credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de **Serviços de HOME CARE**, aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na CAPEP-SAÚDE.

**2 – DO RECEBIMENTO DE PROPOSTAS E CADASTRAMENTO DE INTERESSADOS**

2.1. O Edital estará disponível **permanentemente** a todos interessados.

**2.1.1. CRONOGRAMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS.**

<b>Trimestral</b>	<b>início</b>	<b>término</b>
1º trimestre	01/fev	28/fev
2º trimestre	01/maio	31/maio
3º trimestre	01/ago	31/ago
4º trimestre	01/nov	30/nov

2.1.2. – As entregas dos documentos serão trimestrais para melhor adequação de todas as propostas dos interessados à Ficha de Programação Orçamentaria constante do **Anexo III**.

2.3. Horário: 10 às 17h de segunda a sexta-feira (exceto feriados), **observado o cronograma no item 2.1.1 do Edital**.

2.4. Local: Sede da CAPEP-SAÚDE, localizada na Avenida General Francisco Glicério, 479, Pompéia, CEP 11065-403 – Santos/SP.

2.5. O interessado deverá apresentar envelope lacrado contendo a proposta identificada com o nº do Credenciamento, razão social do interessado e CNPJ, juntamente com toda a documentação exigida no item 6 deste Edital.

2.6. Quaisquer dúvidas poderão ser dirimidas no endereço acima, pelo e-mail [comlic@capepsaude.com.br](mailto:comlic@capepsaude.com.br) ou pelo telefone (13) 3205-5040.

2.7. O edital e seus anexos estarão disponíveis para download no Portal da CAPEP-SAÚDE, endereço eletrônico: [http://www.capepsaude.com.br/licitacoes\\_docs.php](http://www.capepsaude.com.br/licitacoes_docs.php), em Licitações.

Santos, 10 de julho de 2023.

José Claudinei C. de Oliveira  
**Presidente da Comissão Permanente de Licitações**  
**CAPEP-SAÚDE**

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE**

**AUTARQUIA MUNICIPAL**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2022 (Retificado)**

**(pág. 48)**

A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – identificada por CAPEP-SAÚDE, CNPJ/MF nº 58.197.948/0001-69, na forma da Lei Federal 14.133/21 e Decreto Municipal 8337/2019, torna público que está procedendo a retificação do credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na Autarquia, assim discriminados no objeto do presente Edital, observadas as condições constantes dos itens seguintes:

**1 – OBJETO**

1.1. Credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de Serviços de **HOME CARE**, aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na CAPEP-SAÚDE.

**2 – DO RECEBIMENTO DE PROPOSTAS E CADASTRAMENTO DE INTERESSADOS**

2.1. O Edital estará disponível **permanentemente** a todos interessados.

**2.1.1. CRONOGRAMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS.**

<b>Trimestral</b>	<b>início</b>	<b>término</b>
1º trimestre	01/jan	31/jan
2º trimestre	01/abr	30/abr
3º trimestre	01/jul	30/jul
4º trimestre	01/out	31/out

**2.1.2.** – As entregas dos documentos serão trimestrais para melhor adequação de todas as propostas dos interessados à Ficha de Programação Orçamentaria constante do **Anexo III**.

2.3. Horário: 10 às 17h de segunda a sexta-feira (exceto feriados), **observado o cronograma no item 2.1.1 do Edital**.

2.4. Local: Sede da CAPEP-SAÚDE, localizada na Avenida General Francisco Glicério, 479, Pompéia, CEP 11065-403 – Santos/SP.

2.5. O interessado deverá apresentar envelope lacrado contendo a proposta identificada com o nº do Credenciamento, razão social do interessado e CNPJ, juntamente com toda a documentação exigida no item 6 deste Edital.

2.6. Quaisquer dúvidas poderão ser dirimidas no endereço acima, pelo e-mail [comlic@capepsaude.com.br](mailto:comlic@capepsaude.com.br) ou pelo telefone (13) 3205-5040.

2.7. O edital e seus anexos estarão disponíveis para download no Portal da CAPEP-SAÚDE, endereço eletrônico: [http://www.capepsaude.com.br/licitacoes\\_docs.php](http://www.capepsaude.com.br/licitacoes_docs.php), em Licitações.

**3 – CONDIÇÕES GERAIS**

3.1. O termo de credenciamento será assinado pelo profissional ou representante legalmente habilitado pela empresa que tenha tido sua documentação aprovada, por atender todos os requisitos do edital.

3.1.1. Em caso de procuração, a mesma deverá conter autorização específica para tanto e ter firma reconhecida.

3.2. A participação neste credenciamento implica a aceitação plena e irrevogável das normas constantes neste edital.

3.3. O credenciamento fica limitado às cidades de Santos, Guarujá, Praia Grande, São Vicente, Bertioga e Cubatão, conforme consta do artigo 11 do Decreto Municipal nº 8.337/19.

#### **4 – DA PARTICIPAÇÃO**

4.1. Poderão participar deste credenciamento pessoas jurídicas que sejam especializadas no ramo do objeto, devendo apresentar os documentos de acordo com o exigido no item 6 – DA HABILITAÇÃO.

4.2. Não poderão participar deste credenciamento:

4.2.1 Quem tiver sido declarado suspenso ou inidôneo por qualquer ente da Administração Pública.

4.2.2. Empresas que tenham, no seu quadro societário, servidor da Administração Direta ou Indireta do Município de Santos.

4.2.3. Profissionais pertencentes ao quadro de servidores ativos da Administração Direta ou Indireta da Prefeitura Municipal de Santos.

#### **5 – CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO**

5.1. Para habilitar-se ao credenciamento, o interessado deverá requerê-lo, a partir da data para recebimento dos requerimentos (conforme modelos do Anexo II – pessoa jurídica), endereçada à Sede da CAPEP-SAÚDE, cujo endereço consta do Item 2.4 – DO RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS.

5.2. O credenciamento da pessoa jurídica deverá ser solicitado para uma única unidade prestadora das especialidades/serviços. Caso exista outras unidades com diferentes CNPJ (filiais), deverá ser apresentada a proposta para cada uma delas.

5.3. O requerimento deverá atender às seguintes exigências:

5.3.1. Todo postulante deverá preencher o modelo de requerimento padrão (Anexo II – pessoa jurídica).

5.3.2. Declarar total concordância com as condições estabelecidas no presente edital para credenciamento e no termo de credenciamento, inclusive quanto à forma de atendimento e tabela de preços adotada pela CREDENCIANTE.

5.3.3. Estar acompanhado do Caderno de Especialidades e Serviços (Anexo I), indicando todos os serviços, especialidades e procedimentos médicos oferecidos.

5.3.4. Todo postulante deverá definir através do Caderno de Especialidades e Serviços (Anexo I), todos os serviços que deseja realizar, enviando toda documentação solicitada (item 6) junto com o requerimento padrão (Anexo II – pessoa jurídica).

5.3.5. Não serão analisados pedidos de pessoas jurídicas inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao órgão fiscalizador da classe, ou que possuam qualquer nota desabonadora emitida pelo mesmo;

5.3.6. É vedada a solicitação de pessoas jurídicas que foram credenciados pela CAPEPSAÚDE, tendo sido descredenciados por prestação inadequada de serviços ou falta grave, nos últimos 02 (dois) anos.

5.3.7. A proposta e seus anexos devem ser entregues com todas as informações impressas.

## **6 – HABILITAÇÃO**

6.1. Estarão habilitados a se credenciar junto a CAPEP-SAUDE todos os interessados que aceitarem realizar os procedimentos, na estimativa de quantitativos e nos limites financeiros previstos no ANEXO III, nos valores indicados no ANEXO V – PROPOSTA e que tenham atendido as demais exigências do Edital.

6.1.1. Havendo mais de um habilitado nas condições referidas no item 6.1, a “Comissão de Credenciamento da CAPEP-SAUDE credenciará todos os habilitados, dividindo proporcionalmente a quantidade total de procedimentos estimados ao qual cada habilitado poderá realizar segundo a capacidade INFORMADA por interessado, respeitados os limites orçamentários vinculados a despesa deste credenciamento.

6.1.2. Conforme o desempenho e o número de procedimentos realizados por cada CREDENCIADO, através da análise das faturas e liquidações efetivadas, a CAPEP-SAUDE poderá redistribuir os recursos vinculados ao credenciamento, objetivando a racionalização dos gastos e a eficiência dos serviços prestados.

6.2. Os documentos serão apresentados, preferencialmente, numerados em ordem sequencial por item de habilitação, de modo a facilitar a análise.

6.3. Todos os documentos exigidos devem ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia, exceto fax, desde que autenticada por tabelião ou por servidor da CAPEPSAÚDE, mediante assinatura e carimbo;

6.4. Os documentos apresentados deverão ser, obrigatoriamente, da mesma sede, ou seja, se da matriz, todos os documentos da matriz, se de alguma filial, todos os documentos da mesma filial, com exceção dos documentos que são válidos tanto para matriz, como para as filiais.

6.4.1. Nos casos em que o interessado desejar que uma das suas filiais seja credenciada juntamente com a matriz, deverão ser atendidos os seguintes requisitos:

a) Que no ato constitutivo da matriz do interessado conste expressamente a filial; e

b) Que o interessado informe por escrito que o objeto também poderá ser executado pela filial, quando, então, deverá ser comprovada a regularidade fiscal de ambos os estabelecimentos, com a apresentação das certidões e documentos necessários, inclusive os anexos solicitados.

- 6.5. Todos os documentos devem ser apresentados dentro do prazo de validade, sob pena de inabilitação.
- 6.6. A Proposta deverá estar igual ou abaixo dos valores previstos no Anexo III - Ficha de Programação orçamentária Anual
- 6.7. Os casos de Fusão, Cisão ou Incorporação da empresa **CRENCIADA**, serão analisados pela CRENCIANTE, que poderá permitir a continuidade da prestação dos serviços pela nova empresa, desde que esta cumpra todos os requisitos de habilitação previstos neste edital, bem como, os requisitos previstos no Chamamento Público que originou o ajuste contratual e também mantenha todas as condições estabelecidas.

<b>Qualificação Jurídica</b>	
1. Para Empresa Individual: Registro Comercial;	
<b>ou</b>	
2. Para Sociedade Comercial (Sociedades Empresárias em geral): Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e todas as alterações subsequentes (se houver), devidamente registrados e, no caso de Sociedade por Ações, acompanhado dos documentos comprobatórios da eleição de seus administradores;	
<b>ou</b>	
3. Para Sociedade Civil (Sociedade Simples): Inscrição do Ato Constitutivo e alterações subsequentes, devidamente registrados no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, acompanhada de prova da diretoria em exercício;	
<b>ou</b>	
4. Para Empresa ou Sociedade Estrangeira em funcionamento no país: Decreto de autorização e ato de registro ou autorização para funcionamento, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;	
<b>ou</b>	
5. Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) do Ministério da Fazenda; Qualificação Fiscal, Social e Trabalhista	
<b>ou</b>	
6. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;	
<b>ou</b>	
7. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Federal, que deverá ser comprovada através da apresentação da Certidão Conjunta Negativa de Débitos ou Certidão Conjunta Positiva com efeito de negativa, relativa a tributos e contribuições federais, inclusive previdenciárias, e à Dívida Ativa da União, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil em conjunto com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional – Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, ou através de sistema eletrônico, ficando sua aceitação condicionada à verificação de veracidade via internet;	

8. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, do domicílio ou sede do licitante, podendo ser feita através de certidão negativa relativa aos tributos estaduais ou positiva com efeito de negativa, expedida pela Secretaria da Fazenda do Governo do Estado, ou por qualquer outro meio admitido por lei;	
9. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, do domicílio ou sede do licitante, que deverá ser comprovada pela apresentação de Certidão Negativa de Tributos Mobiliários ou Certidão Positiva com efeito de negativa, expedida pela Secretaria de Finanças do Município, ou outro meio equivalente admitido por lei;	
10 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho: Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou Positiva com efeito de Negativa, emitida nas páginas eletrônicas do Tribunal Superior do Trabalho, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho e dos Tribunais Regionais do Trabalho (Lei nº 12.440, de 07/07/11 e Resolução Administrativa nº 1.470, de 24/08/11).	
11. Anexo I - Solicitação de credenciamento, caderno de serviços e especialidades, devidamente preenchido, identificando especialidades e serviços, assinado e carimbado pelo responsável legal.	
12. <b>Anexo II</b> - Modelo de Requerimento Pessoa Jurídica devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo responsável legal. <b>Anexo III</b> – Ficha de Programação Orçamentária (FPO), devidamente assinado e carimbado pelo responsável legal. <b>Anexo V</b> – Proposta, devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo responsável legal.	
13. Comprovante bancário, representado por cópia do extrato bancário ou cópia de uma folha de cheque inutilizada;	
<b>Qualificação técnico-profissional e técnico operacional</b>	
14. Relação Nominal da equipe técnica ( <b>Anexo VI</b> ), responsável (is) técnico (s), relação do corpo clínico (médicos e/ou profissionais autorizados pela Pessoa Jurídica a realizar a prestação dos serviços), constando CPF, especialidades, cargo e o número do registro do profissional no Conselho de Classe Regional datado e assinado pelo responsável (is) legal (is) da empresa;	
15. Cópia simples do CPF e RG do(s) responsável(is) legal(is), da equipe técnica, do (s) responsável (is) técnico (s) e do corpo clínico (médicos e/ou profissionais autorizados pela Pessoa Jurídica a realizar a prestação dos serviços);	
16. Certificado de credenciamento junto ao Conselho Regional Competente do Responsável Técnico pela empresa que consta no Alvará Sanitário, conforme Lei Federal Nº 6.360 de 23/09/76.	

17. Certificado de credenciamento junto ao Conselho Regional da Categoria da equipe técnica e do corpo clínico (médicos e/ou profissionais autorizados pela Pessoa Jurídica a realizar a prestação dos serviços);	
<b>Qualificação Econômico-Financeira</b>	
18. Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial ou extrajudicial, expedida pelo cartório distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou certidão negativa de execução patrimonial, expedida pelo distribuidor do domicílio da pessoa física ou da firma individual, com data de emissão não superior a 90 (noventa) dias da data limite prevista para a abertura deste certame, se outro prazo não constar do documento;	
<b>Qualificação Técnica</b>	
19. Será admitida a apresentação de Certidão Positiva para a(s) licitante(s) em recuperação judicial ou extrajudicial, desde que acompanhada de seu Plano de Recuperação, já homologado pelo juízo competente e em pleno vigor, apto a comprovar sua viabilidade econômico-financeira, inclusive, pelo atendimento de todos os requisitos de habilitação econômico-financeiras estabelecidos neste ato convocatório;	
20. Alvará Sanitário ou Licença de Funcionamento expedida pela Autoridade Sanitária da sede do Licitante, conforme Lei Federal nº 5.991 de 17/12/73.	
22. Declaração que possui condições de cumprir as exigências mínimas para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos tecnológicos.	
<b>Informações complementares</b>	
23. Caso o interessado queira apresentar fotos do espaço físico disponibilizado ao atendimento (consultórios, sala de espera, bloco cirúrgico, enfermarias, UTI, sala de procedimentos, fachada	

## 7 – ANÁLISE DO REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

7.1. Os requerimentos acompanhados dos documentos exigidos no item acima, serão recebidos na Sede da CAPEP-SAÚDE para conferência da qualificação jurídica e técnica das empresas e do responsável técnico.

7.2. Não será aceita documentação em desconformidade com as exigências deste Edital.

7.3. A Comissão Permanente de Licitações terá até 30 (trinta) dias após a entrega para análise da proposta.

7.4. A Comissão Permanente de Licitações da CAPEP-SAÚDE além de receber, examinar e julgar a documentação com obediência aos critérios aqui estabelecidos, poderá dirimir, com base na legislação vigente, quaisquer dúvidas ou omissões porventura existentes, ou adotar as medidas legais ou administrativas que se fizerem necessárias ao esclarecimento ou instrução do processo.

## **8 – ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

8.1. Local de assinatura do termo de credenciamento: Av. General Francisco Glicério nº 479, Pompéia, 11065-403 – Santos/SP, das 10 às 17h de segunda a sexta-feira (exceto feriados).

8.2. A aceitação das condições constantes deste instrumento será formalizada pela assinatura do termo de credenciamento, cuja minuta constitui o Anexo VI deste instrumento.

8.3. O habilitado deverá assinar o termo de credenciamento no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data do envio da comunicação da habilitação para o endereço eletrônico declarado pelo Requerente.

## **9 – DO DESCREDENCIAMENTO**

O processo e os motivos de descredenciamento seguem o estabelecido no termo de credenciamento, anexo ao presente Edital.

## **10. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRODUTOS**

10.1. Os valores poderão sofrer reajustes, mediante disponibilidade orçamentária da CAPEPSAÚDE, desde que venha a ser homologado pelo Conselho de Administração da CAPEP-SAÚDE, limitado ao índice do reajuste concedido aos Servidores Públicos Municipais de Santos, aplicável no corrente ano.

10.2. A vigência dos valores da CAPEP-SAÚDE terá prazo mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato podendo ser reajustados após esse prazo obedecendo o estabelecido no parágrafo anterior.

10.3. A Tabela de remuneração para os serviços referentes a este credenciamento encontra-se descrito no ANEXO III;

10.4. Poderá a CAPEP-SAÚDE, mediante aprovação formal pelo Conselho de Administração da CAPEP-SAÚDE, a qualquer tempo e em função do desenvolvimento tecnológico ou de motivações estratégicas ou financeiras, inserir ou alterar códigos das Tabelas CAPEP-SAÚDE, bem como modificar critérios de remuneração dos serviços. Toda e qualquer modificação nesta ordem será comunicada ao credenciado no prazo de 30 (trinta) dias. Poderá o credenciado optar por manter o credenciamento ou pelo descredenciamento;

## **11. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**

A Gestão do Contrato ficará sob a responsabilidade do **Departamento de Assistência à Saúde e Auditoria (DEASA)** da CAPEP-SAÚDE ou Seção por este designada, ficando este responsável por notificar quando os serviços forem prestados em desacordo com o Contratado, bem como dirimir e desembaraçar quaisquer dúvidas e pendências que surgirem, determinando o que for necessário à regularização das faltas, dos problemas ou dos defeitos observados.

A Fiscalização do Contrato ficará sob a responsabilidade do Departamento de Assistência à Saúde e Auditoria (DEASA) da CAPEP-SAÚDE ou Seção por este designada, ao qual compete acompanhar, fiscalizar, conferir e avaliar a execução dos serviços.

## **12. DAS ATRIBUIÇÕES E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO**

São atribuições a serem cumpridas pelo credenciado:

12.1. Prestar atendimento aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, dentro de conceitos de ética profissional e dos padrões e normas relativas à especialidade para qual foi credenciado;

12.2. Prestar atendimento aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE dentro dos princípios éticos e demais normativos do Conselho de Administração da CAPEP-SAÚDE, incluindo a possibilidade de implantação de inovações tecnológicas que venham a facilitar o processo, o controle do atendimento aos beneficiários do Sistema e a cobrança dos serviços prestados, tal como conectividade via internet, biometria e outros;

12.3. Quanto ao atendimento a beneficiários da CAPEP-SAÚDE, deverá ter disponibilidade para atendimento; atuar em ambiente físico adequado à prestação dos serviços, nos aspectos de iluminação, nível de privacidade, vedação acústica, limpeza e ordem, e espaço apropriado para o atendimento proposto;

12.4. A CAPEP-SAÚDE não possui cobertura para medicações biológicas. O profissional somente poderá receitar os medicamentos padronizados no SUS, nas quantidades padronizadas e deverá preencher as documentações necessárias para que o beneficiário da CAPEP-SAÚDE possa retirar o medicamento através do SUS.

## **13. DOS PAGAMENTOS**

13.1 Os procedimentos executados pelos credenciados serão remunerados conforme Proposta;

13.2. A cobrança será feita através da entrega de faturas, contas e dos demais documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo obrigatório o envio eletrônico das faturas, conforme padrões TISS;

13.3. O pagamento será sempre efetuado através de depósito em conta corrente em nome do credenciado, informada no ato da solicitação de credenciamento.

## **14. DAS ATRIBUIÇÕES DA CAPEP-SAÚDE**

Orientar o credenciado quanto às normas e procedimentos da CAPEP-SAÚDE, para melhor desempenho de suas funções, mantendo-o tempestivamente atualizado sobre possíveis alterações.

## 15. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

15.1. Pela inexecução total ou parcial da prestação de serviço objeto do credenciamento, a CAPEP-SAÚDE, garantida a prévia defesa, aplicará ao credenciado dentre outras, as seguintes sanções:

15.1.1. Advertência;

15.1.2. Multa;

15.1.2.1. Multa de 5% (cinco por cento) do valor correspondente à média de faturamentos dos últimos 12 (doze) meses anteriores ao mês da ocorrência, sobre qualquer infração contratual, desde que tal aplicação seja precedida de processo administrativo, observado o contraditório e a ampla defesa;

15.1.2.2. As multas que venham a ser aplicadas ao CREDENCIADO serão recolhidas no local indicado pela CREDENCIANTE, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação escrita.

15.1.2.3. A multa prevista neste termo de credenciamento poderá ser descontada dos pagamentos devidos ao CREDENCIADO.

15.1.2.4. Não serão aplicadas multas decorrentes de casos fortuitos ou de força maior, devidamente comprovados

15.1.3. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

15.1.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o CREDENCIADO ressarcir à CREDENCIANTE pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior;

15.1.5. Descredenciamento.

15.2. Constitui falta grave a negativa de atendimento aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, que tenham autorização para realizar o atendimento. Com a primeira ocorrência o credenciado receberá advertência formal, com a segunda poderá ter o credenciamento suspenso por tempo determinado ou poderá ser descredenciado.

15.3. A CREDENCIANTE, sem prejuízo das sanções aplicadas, poderá reter crédito, promover cobrança judicial ou extrajudicial, a fim de receber multas aplicadas e resguardar-se das perdas e danos que tiver sofrido por culpa do CREDENCIADO.

15.4. Incorrendo o CREDENCIADO em qualquer ato de obstrução ao trabalho de auditoria ficará assegurado à CAPEP-SAÚDE:

15.4.1. Reter todos os pagamentos efetivamente devidos, até a conclusão da auditoria;

15.4.2. Descontar nos futuros pagamentos as importâncias já pagas, até o montante das contas que estejam sob suspeição, desde já autorizado pelo credenciado.

15.4.3. Ficando comprovada a ocorrência ou a tentativa de fraude ou dolo por parte do CREDENCIADO da qual resultou, resultaria, ou venha a resultar qualquer tipo de prejuízo à CREDENCIANTE, ficará o presente Termo rescindido de pleno direito, independente de notificação judicial ou extra judicial, estabelecendo-se desde já a

obrigatoriedade do ressarcimento dos prejuízos causados e multa contratual correspondente a 10 (dez) vezes o valor resultante do somatório das faturas apresentadas no mês imediatamente anterior ao evento.

## **16. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

16.1. As despesas da remuneração dos serviços dos credenciados correrão por conta da seguinte dotação orçamentária: 03.33.10.04.122.0091.2510.3.3.90.39.00 - Fonte de Recursos 04.

16.2. Estima-se o valor constante no Anexo III por procedimento, para o período de 05 (cinco) anos, podendo ser reajustados conforme item 10 deste Edital.

16.3. Será obedecido o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações próprias do orçamento da CAPEP-SAÚDE.

## **17. DA VIGÊNCIA**

17.1. O prazo de vigência do Termo de Credenciamento celebrado será de 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de assinatura, com eficácia legal após a publicação do seu extrato no Diário Oficial, não podendo ser prorrogado, nos termos do art. 106, da Lei nº 14.133/21.

## **18. DISPOSIÇÕES FINAIS**

18.1. As condições de execução dos serviços, dos preços e demais obrigações constam na Minuta do Termo de Credenciamento e respectivos anexos.

18.2. A formalização do Termo de Credenciamento dar-se-á com fulcro no inciso II do Art. 79 da Lei 14.133/21.

18.3. Eventuais dúvidas poderão ser dirimidas na Sede da CAPEP-SAÚDE, localizada na Av. General Francisco Glicério nº 479, telefone (13) 3205-5040 de segunda a sexta-feira das 9h às 12h e das 14h às 16h, ou pelo e-mail [comlic@capepsaude.com.br](mailto:comlic@capepsaude.com.br).

**19. FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de Santos/SP, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões suscitadas na interpretação deste Edital, seus anexos e demais atos deles decorrentes.

**20. ANEXOS**

**ANEXO I:** SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E CADERNO DE SERVIÇOS E ESPECIALIDADES

**ANEXO II:** MODELO DE REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA

**ANEXO III:** TABELA DE VALORES DA CAPEP-SAÚDE

**ANEXO IV:** NORMAS ESPECÍFICAS

**ANEXO V:** PROPOSTA

**ANEXO VI:** RELAÇÃO DO CORPO TÉCNICO

**ANEXO VII:** MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PESSOA JURÍDICA - AMBULATORIAL

Santos, 10 de julho de 2023.

José Claudinei Carlos de Oliveira  
**Presidente da Comissão Permanente de Licitações**  
**CAPEP-SAÚDE**

## ANEXO I

### SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E CADERNO DE SERVIÇOS E ESPECIALIDADES EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2022

À

CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE,

Pela presente Proposta de Serviços, vimos oferecer aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, os nossos serviços profissionais, comprometendo-nos a receber, em nossas instalações, por intermédio de nosso corpo de profissionais, os beneficiários da CAPEP-SAÚDE, para prestar os serviços descritos no item V do formulário de Solicitação de Credenciamento:

#### SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

Todos os campos devem ser preenchidos

#### 1.1 - FICHA CADASTRAL

Nome / Razão Social:

Nome para publicação / Fantasia:

CNPJ / CPF:

CNES:

Conselho Regional e Número:

Inscrição Estadual (Declarar se isento):

ISS / CIM (Inscrição Municipal):

#### 1.2 - ENDEREÇO SEDE

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

#### SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

Possui identificação de biometria? Sim (  ) Não (  )

#### 1.3 - CONTATOS

Responsável:

Site:

E-mail 1\*:

E-mail 2\*:

DDD: Fone:

Fone:

Fax:



#### 1.4 - DADOS BANCÁRIOS

Banco: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

#### 1.5 - CADERNO DE SERVIÇOS

Prestação de Serviços de **HOME CARE**, aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na CAPEP-SAÚDE.

**\*Informar quais os serviços, dos determinados itens realiza ou não.**

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	REALIZA?
1	9.08.05.01-0	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H COM VENTILAÇÃO MECÂNICA	( ) SIM / ( ) NÃO
	9.08.05.02-1	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	
	9.08.05.09-2	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H - EXCEPCIONAL	
	9.08.04.01-3	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 12H	
	9.08.04.02-4	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 12H - EXCEPCIONAL	
	9.08.03.01-5	BAIXA COMPLEXIDADE	
2	9.08.02.01-6	CURATIVO 1X/DIA CURATIVO 2X/DIA	( ) SIM / ( ) NÃO
	9.08.02.02-7		
3	9.08.01.01-8	ANTIBIOTICOTERAPIA 1X/DIA ANTIBIOTICOTERAPIA 2X/DIA ANTIBIOTICOTERAPIA 3X/DIA ANTIBIOTICOTERAPIA 4X/DIA	( ) SIM / ( ) NÃO
	9.08.01.03-9		
	9.08.01.02-0		
	9.08.01.04-1		

#### Dados de Encaminhamento aos Mutuários para atendimento:

Instituição: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Santos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_.

Proponente  
(Assinatura e Carimbo)

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE**

*Avenida General Francisco Glicério, 479 – Pompéia – Santos – SP – CEP 11065-403*

Tel.: (55.13) 3205-5020 • Fax.: (55.13) 3205-5046 e-mail:

comlic@capepsaude.com.br www.capepsaude.com.br

## ANEXO II

### MODELO DE REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2022

À CAPEP-SAÚDE

Sr.(a) Presidente,

Nós, da empresa **(NOME DA EMPRESA)**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_, estabelecida à **(LOGRADOURO, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO, CEP, CIDADE), SP**, neste ato representada por **(NOME), (NACIONALIDADE), (ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO)**, inscrito no CPF sob o nº **(NÚMERO)** e portador da Cédula de Identidade nº **(NÚMERO E ÓRGÃO EXPEDIDOR)**, residente e domiciliado à **(LOGRADOURO, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO, CEP, CIDADE)**, vimos solicitar o credenciamento para prestação de serviços de Assistência à Saúde aos beneficiários da **CAPEP-SAÚDE**, localizada na Av. Gal. Francisco Glicério nº 479, Pompéia, Santos/SP, CEP 11065-403, na especialidade/serviço especificada no Caderno de Serviços, ANEXO I, como também informar ciência dos valores praticados na Tabela **CAPEP-SAÚDE** vigente.

Em anexo, a documentação exigida pela **CAPEP-SAÚDE**, devidamente preenchida e assinada.

(CIDADE), (DIA) DE (MÊS) DE (ANO)

---

Assinatura e Carimbo

**ANEXO III**  
**CRENCIAMENTO Nº 009/2022**  
**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL**

O preço aqui aplicado está em conformidade com valor atualmente pago pela Autarquia.

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE ESTIMADA ANUAL
1	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H COM VENTILAÇÃO MECÂNICA	DIA	R\$ 690,00	730
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	DIA	R\$ 420,00	365
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H - EXCEPCIONAL	DIA	R\$ 750,00	365
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 12H	DIA	R\$ 360,00	365
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 12H - EXCEPCIONAL	DIA	R\$ 420,00	365
	BAIXA COMPLEXIDADE	DIA	APROX. R\$ 187,57	25.185
2	CURATIVO 1X/DIA	DIA	R\$ 55,00	2190
	CURATIVO 2X/DIA		R\$ 100,00	
3	ANTIBIOTICOTERAPIA 1X/DIA	DIA	R\$ 55,00	365
	ANTIBIOTICOTERAPIA 2X/DIA		R\$ 90,00	
	ANTIBIOTICOTERAPIA 3X/DIA		R\$ 125,00	
	ANTIBIOTICOTERAPIA 4X/DIA		R\$ 150,00	

**Para todos os fins de direito, declaramos que:**

1. Estamos cientes e concordamos com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 009/2022 e no TERMO DE CRENCIAMENTO, inclusive quanto à forma de atendimento e tabela de preços.
2. Comprometemo-nos fornecer a CAPEP-SAÚDE quaisquer informações ou documentos solicitados referentes aos serviços prestados aos seus beneficiários.
3. Temos o conhecimento de que nos é vedado cobrar honorários, a qualquer título, direta ou indiretamente dos beneficiários, pelos serviços prestados.
4. Informaremos, de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em nossos dados cadastrais.
5. A prestação dos serviços a que nos propomos não implicará em qualquer vinculação empregatícia com a CAPEP-SAÚDE, não podendo, portanto, pretender ou exigir vantagens daí decorrentes. Para a análise e decisão sobre o referido credenciamento, anexamos cópia da documentação exigida no Edital acima citado.

Santos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Proponente (Assinatura e Carimbo)

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE**

*Avenida General Francisco Glicério, 479 – Pompéia – Santos – SP – CEP 11065-403*

Tel.: (55.13) 3205-5020 • Fax.: (55.13) 3205-5046 e-mail:

comlic@capepsaude.com.br www.capepsaude.com.br

## ANEXO IV

### NORMAS ESPECÍFICAS EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2022

#### 1- REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

Deverá ser registrado através do sistema WEBPLAN ou outro que venha a substituí-lo, devendo a guia ser impressa e coletada assinatura do responsável.

- a) Para este credenciamento a CAPEP-SAÚDE cobrirá exclusivamente pelos serviços prestados constantes no ANEXO III do Edital de Credenciamento 009/2022 - procedimentos e valores por atendimento.
- b) A confirmação para o atendimento do beneficiário, será feita por meio da:
  - I - Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pela CAPEPSAÚDE;
  - II - Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
  - III - Assinatura do controle de frequência na GUIA SADT em cada serviço realizado, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz
- c) As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas imediatamente.
- d) A CAPEP-SAÚDE não possui cobertura para medicações biológicas. O profissional somente poderá receitar os medicamentos padronizados no SUS, nas quantidades padronizadas e deverá preencher as documentações necessárias para que o beneficiário da CAPEP-SAÚDE possa retirar o medicamento através do SUS.

#### 2- REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO (APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO)

- a) Como competência de produção considera-se as datas de 01 (um) até o dia 31 (trinta e um) de cada mês.
- b) Todas as guias confirmadas entre os dias 01 e 31 de um mês, deverão ser entregues na CAPEP-SAÚDE até o dia 5º dia útil do mês subsequente ao mês de produção, por meio físico e eletrônico, estando limitado a apresentação a 90 (noventa) dias a contar da data do atendimento.
- c) A inobservância por parte do contratado do prazo disposto no item anterior, exonerará a CAPEP-SAÚDE do pagamento ao contratado do atendimento prestado.
- d) Para que as guias deem entrada para cobrança, deverão estar organizadas, discriminadas e apresentadas no Rol Listagem de Guias, e serem entregues na CAPEP-SAÚDE, sito Av. General Francisco Glicério nº 479 - Pompéia, de segunda e sexta-feira, de 8 às 16 horas, no setor responsável pelo recebimento de contas, obedecendo os prazos descritos no item "b)".
- e) As faturas de atendimentos confirmados, apresentadas e rejeitadas por erro de preenchimento, rasuras, críticas do sistema operacional informatizado, serão objeto de glosa.

- f) As guias recebidas serão submetidas ao controle de processamento, cabendo-lhe a emissão de glosa parcial ou total, sob evidência objetiva de irregularidade;
- g) Em hipótese alguma serão aceitas rasuras ou acréscimos ao prontuário/ficha clínica sem a devida identificação do profissional que prescreveu.

### **3- REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO**

O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas.

- a) A CAPEP-SAÚDE fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário vigente em cada guia de tratamento Ambulatorial, conforme Tabela da CAPEP-SAÚDE vigente.
- b) O pagamento será efetuado através de crédito em conta bancária apresentada pelo prestador contratado, no ato da sua contratação, cabendo observar:
- I) O pagamento será realizado até o último dia útil do mês subsequente a entrega da fatura.
- II) O valor a ser pago é aquele apurado após o processamento da produção apresentada (auditoria).

### **4- REGRAS PARA RECURSO DE GLOSA**

As glosas realizadas em faturas pela auditoria da CREDENCIANTE serão reanalisadas através de apresentação de recurso que deverá obedecer ao Manual de Recurso de Glosas publicado em Diário Oficial e mantido para consulta em nosso site [www.capepsaude.com.br](http://www.capepsaude.com.br).

### **5- PROTOCOLOS E DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR.**



---

# **MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

## **CAPEP/2022**

### **PRESTADOR CREDENCIADO**

## 1 INTRODUÇÃO

## 2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILDADE

### 2.1 Critérios Clínicos

### 2.2 Critérios Psicossociais

### 2.3 Contra Indicação

#### 2.3.1 Contra Indicação Clínica (CIC)

#### 2.3.2 Contra Indicação Social (CIS)

## 3 SERVIÇOS E ITENS NÃO COBERTOS

## 4 FLUXO DE AUTORIZAÇÃO

## 5 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO DOMICILAR

## 6. PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OU INTERNAÇÃO DOMICILIAR

### 6.1 Início dos Serviços

### 6.2 Manutenção dos Serviços (Prorrogação)

### 6.3 Término da Prestação dos Serviços

## 7 REGULAÇÃO

### 7.1 Exigências

## 8 FLUXO DE AUDITORIA DE CONTAS

## 9 MEDICAMENTOS

### 9.1 Diretrizes para autorização de medicamentos

## 10 MATERIAIS

## 11 CURATIVOS

## 12 ORIENTAÇÕES GERAIS

## PACOTES

### ANEXO I - RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE HOME CARE

### ANEXO II - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS SOCIAIS

### ANEXO III - RELATÓRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE HOME CARE

### ANEXO IV - PLANO TERAPÊUTICO DE TRATAMENTO DE FERIDAS

### ANEXO V - CARTA ACORDO

### DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ACORDO E SOLICITAÇÃO DE HOME CARE

## 1. INTRODUÇÃO

O serviço de Home Care caracteriza-se por serviços prestados, no âmbito do domicílio, ao paciente que já superou a fase aguda do processo patológico, encontrando-se hemodinamicamente estável, mas que ainda necessita de recursos terapêuticos hospitalares.

A Assistência Domiciliar se caracteriza por ações ambulatoriais programadas e continuadas desenvolvidas no domicílio.

A Internação Domiciliar representa ações caracterizadas por atenção em tempo integral ou não ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

De acordo com o grau de complexidade do serviço e com as necessidades clínicas do beneficiário, estas ações foram subdivididas no âmbito da CAPEP nas seguintes modalidades:

<b>Assistência Domiciliar:</b>
• Pacote de Curativos
• Pacote de Antibioticoterapia

<b>Internamento Domiciliar (ID):</b>
• Baixa Complexidade
• Pacote ID 12 horas
• Pacote ID SEM ventilação mecânica
• Pacote ID COM ventilação mecânica
• Pacote De Internação Domiciliar 24h - Excepcional
• Pacote De Internação Domiciliar 12h - Excepcional

## 2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os requisitos básicos para admissão de beneficiário em atenção domiciliar são os seguintes: circunstância individual do paciente, condições do domicílio e características do grupo familiar.

Para fins deste manual, o primeiro requisito corresponde aos critérios clínicos e os dois últimos aos critérios psicossociais. Desta forma, para a concessão e a manutenção do benefício de Atenção Domiciliar são observados os seguintes critérios de elegibilidade:

### **2.1 Critérios Clínicos:**

Pacientes hemodinamicamente estáveis com as seguintes situações clínicas:

- Dependência de Ventilação mecânica invasiva ou não invasiva de forma contínua, ou intermitente;
- Traqueostomia em paciente hipersecretivo com necessidade de aspirações frequentes;
- Antibioticoterapia Parenteral;
- Feridas e Úlceras Complexas, a partir do grau 2. Caso o paciente tenha somente esse critério, ele deve ser acamado para ser admitido;
- Cuidados paliativos: pacientes terminais em fase avançada, em uso de analgesia parenteral ou cuidados intensivos;

### **2.2 Critérios Psicossociais:**

- Aprovação da família e do paciente, especialmente no que se refere às regras que regem a assistência domiciliar;
- Presença de um cuidador hábil, disponível 24 horas por dia. Por cuidador entende-se: Pessoa com ou sem vínculo familiar responsável por auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. **Pessoa imprescindível para admissão na Atenção Domiciliar;**
- Residência compatível para assistência domiciliar: suprimento de água potável, energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso e ambiente com janela, específico para o paciente;
- Facilidade de acesso ao domicílio para veículos;
- Domicílio dentro da área de cobertura da CAPEP-SAÚDE;

A simples solicitação da Atenção Domiciliar seja pelo paciente, família ou mesmo médico assistente não implica a sua real aplicabilidade, visto que deverá estar em consonância com os critérios de elegibilidade clínicos, sociais e administrativos estabelecidos neste Manual.

## **2.3 Contra Indicação**

### **2.3.1 Contra indicação clínica (CIC):**

A contraíndicação clínica é a conclusão desfavorável da avaliação clínica do beneficiário. Esta avaliação inclui o alcance da estabilidade hemodinâmica e a capacidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em prestar a assistência necessária em ambiente domiciliar. A inexistência de critérios clínicos de elegibilidade também é considerada uma contraíndicação clínica.

### **2.3.2 Contra indicação social (CIS):**

A contra indicação social é a conclusão desfavorável do processo de avaliação psicossocial do beneficiário candidato ao programa de Atenção Domiciliar. Os critérios de elegibilidade psicossocial devem ser os balizadores desta avaliação. São três os fatores que devem ser avaliados na abordagem social: domicílio, família e cuidador. Em cada um dos casos o SAD deve proceder conforme orientação abaixo:

**a) Família:** A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família. A atenção domiciliar pressupõe a pactuação dos objetivos terapêuticos entre a família e a equipe multidisciplinar, portanto se há divergência entre as expectativas da família e as da equipe, especialmente no tocante ao desmame, alta e rotinas, a família não é elegível ao programa.

Esta avaliação deve ser feita pelo Assistente Social e, nos casos pertinentes, o médico deve estar presente para corroborar as informações prestadas e esclarecer a família quanto aos aspectos clínicos da assistência. Nos processos regulares a contraíndicação social deve ser encaminhada em relatório consubstanciado da Assistente Social. Já nos processos judiciais, a presença do médico se torna obrigatória e o relatório deve ser assinado por ambos. Em qualquer um dos casos o relatório deve conter, no mínimo:

- Quadro clínico;
- Indicação de regime;
- Abordagem da família (indicando os nomes dos responsáveis);
- Fundamentação da negativa social.

**b) Cuidador:** A disponibilidade de um cuidador identificado é o segundo pressuposto para a atenção domiciliar. Nos casos em que a família não dispuser de um cuidador formalmente designado, o SAD emitirá relatório de Contra indicação social consubstanciado assinado pela Assistente Social e Enfermeiro.

Em todos os casos o SAD deverá, em conjunto com o Serviço Social, expor para a família que a equipe de enfermagem realizará apenas as ações que são de sua competência exclusiva, cabendo ao cuidador realizar os cuidados que lhe forem delegados deixando clara a responsabilidade da família na prestação dos mesmos.

**c) Domicílio inelegível:** Se o domicílio do beneficiário não atender o disposto no item 4.15 da RDC/ANVISA 11/2006 transcrito abaixo, o SAD encaminhará contra indicação social assinada pela Assistente Social que visitou o domicílio.

**OBS: A avaliação não pode ser feita por telefone, devendo ser SEMPRE presencial.**

“4.15 O SAD deve observar, como critério de inclusão para a internação domiciliar, se o domicílio do paciente conta com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.” (Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA 011/2006).

### 3. SERVIÇOS E ITENS NÃO COBERTOS

- Mobiliário hospitalar.
- Remoções.
- Medicações subcutâneas isoladamente.
- Dieta enteral e parenteral (aberta e fechada).
- Bomba de infusão.
- Gerenciamento de enfermagem exclusivamente para administração de medicação anticoagulante.
- Para os pacientes de curativos que deambulam (sem outros critérios clínicos associados) deverão ser direcionados aos ambulatórios de feridas.
- Ventilação intermitente de forma isolada, como por exemplo, para tratamento da Apneia do Sono ou terapia de expansão pulmonar.
- Aspiração de Via Aérea Superior e/ou treinamento de cuidador não são critérios para admissão, nem para a manutenção na Assistência Domiciliar.

ITENS NÃO COBERTOS NOS SERVIÇOS DE HOME CARE	
ABAIXADOR DE LÍNGUA	EQUIPOS ESPECIAIS QUANDO NÃO CONSTAM COMO DE USO OBRIGATÓRIO NA BULA DE MEDICAMENTO
ABSORVENTE HIGIÊNICO	ESPONJA PARA BANHO, ESPONJAS EM GERAL
ÁLCOOL GEL	ESCOVA DE CLOREXIDINA, RIHOEXSRUB, ETC
ALMOFADAS	ÉTER, BENZINA, FORMOL E TINTURA DE IODO
ALMOTOLIAS	FISOHEX (SABONETE LÍQUIDO)
AVENTAIS	GEL
BANDEJAS EM GERAL	FITAS CREPE
BLUSAS DESCARTÁVEIS	FRALDAS DESCARTÁVEIS OU NÃO
BOLSAS TÉRMICAS	FRASCOS PARA EXAMES
BORRACHA DE SILICONE	GORRO, MÁSCARAS, PROPÉS, AVENTAIS, CAPOTES E CALÇAS
BORRACHA PARA ASPIRADOR	LENÇOL DESCARTÁVEL
CAMISA PARA MICROCÂMERA	LUVA DE PROCEDIMENTO
CAMPOS CIRÚRGICOS	MANTEIGA DE CACAU
CANETA PARA BISTURI DESCARTÁVEL	MEIAS DE COMRPRESSÃO
CANETAS DE MARCAÇÃO	MERCÚRIO DE PRATA
CÂNULA DE GUEDEL	PAPAGAIO
CAIXA DE PERFURO CORTANTES	PASTA GEL
CAPA DE ÓBITO (MORTALHA)	PIJAMA DESCARTÁVEL
CHUCA/CHUPETA	PIGTAIL
CONECTOR CONEXÃO PARA ASPIRAÇÃO	PLUG PARA ADAPTADOR MACHO
COMADRE	POVIDINE/PVPI
COMPRESSAS REPROCESSÁVEIS	PRESERVATIVO/URIPEN (COLETOR DE URINA)

COPOS	APARELHO DE BARBEAR (DESCARTÁVEL OU NÃO)
BOMBA DE PRESSÃO	PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO
CREME DENTAL E ESCOVA DE DENTE	REPELENTES, ESSÊNCIAS, AROMATIZANTES DE AMBIENTE
<b>ITENS NÃO COBERTOS NOS SERVIÇOS DE HOME CARE</b>	
CREMES HIDRATANTES	SABONETE LÍQUIDO EM BARRA OU SACHÊ
CLOROHEX, ÁLCOOL INCLUSO NAS DIÁRIAS E TAXAS	SACHÊS DE ASSEPSIA, SWABS DE ASSEPSIA (ALGODÃO)
DOMO PARA TRANSDUTOR DE PRESSÃO	SENSOR PARA OXÍMETRO
ELETRODOS – INCLUSO NAS DIÁRIAS/ECG	TOALHA DESCARTÁVEL DE ROSTO E BANHO
TERMÔMETROS	

<b>TABELA DE MEDICAMENTOS NÃO COBERTOS</b>		
AGRASTAT	ALBUMINA HUMANA	AMBISOME
AZACTAN	CANCIDAS	CEFROM
CILASTATINA	COLISTIN	DUROGESIC
ELIDEL	EMEND	FLUDARA
GANCICLOVIR	GENZAR	GRANISETRONA
GRANULOKINE	IMUNIGLOBINA HUMANA	INVANZ
LANTHUS	NEUMEGA	POLIMIXINA
REGRANEX	SANDIMUN SOL. ORAL	SANDOGLOBULINA
SANDOSTATIN	SYNAGIS	TARGOCID
TEICONIN	TEMODAL	TYGACYL
UCD	UNASYN	VFEND
ZOLADEX	ZOLTEC BOLSA	ZYVOX
DEMAIS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO COM FORNECIMENTO PELO SUS		

#### **4. FLUXO DE AUTORIZAÇÃO**

Todas as captações deverão ser realizadas até as 10 (dez) horas da manhã, evitando a dupla cobrança de diária (hospital e home care).

A indicação deve ser realizada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente no prestador onde estiver internado. A auditoria médica da CAPEP realizará a avaliação da solicitação com visita ao paciente, e conforme parecer, a CAPEP indicará os serviços de assistência domiciliar (home care) credenciados.

O profissional de saúde que acompanha o paciente deve encaminhar relatório médico detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico clínico, prescrições, exames e intercorrências.

São encaminhadas a CAPEP apenas as propostas de pacientes sem pendências clínicas e/ou sociais. No entanto, caso ocorram pendências após o envio da proposta, a CAPEP deve ser informada da existência das mesmas. As pendências sociais e clínicas podem ser resolvidas no prazo máximo de 04 (quatro) dias corridos, com a solicitação mantida para o mesmo prestador. Decorrido o prazo, e com a permanência das pendências, o processo é encerrado. Caso o beneficiário volte a ter critérios, a unidade hospitalar deverá encaminhar nova solicitação de Atenção Domiciliar para análise.

## 5. ELABORAÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – PAD

Após a avaliação, o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) credenciado deve apresentar a CAPEP os seguintes documentos:

- Prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;
- Requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logísticas de atendimento;
- Tempo estimado de permanência do paciente na assistência domiciliar, considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais;
- Periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento, que devem ser encaminhados mensalmente.
- O PAD deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso. A revisão do PAD deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente e do responsável técnico do SAD.

Ao Serviço de Assistência Domiciliar (SAD/Home Care) cabe:

- Prover por meio de recursos próprios ou terceirizados, profissionais, equipamentos, insumos e materiais correlatos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.
- Observar, como critério de inclusão para a internação domiciliar, se o domicílio dos pacientes conta com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.
- Controlar o abastecimento domiciliar de equipamentos, materiais e insumos correlatos conforme prescrição e necessidade de cada paciente, assim como meios para atendimento a solicitações emergenciais.
- Assegurar o suporte técnico e a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.
- Estabelecer contrato formal, quando utilizar serviços terceirizados, sendo que estes devem ter obrigatoriamente Licença Sanitário atualizado.
- Elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos.
- Possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de urgência e emergência.

## **6. PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OU INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

### **REGRAS GERAIS**

1. Serviço de enfermagem contemplado em diárias incluem rotinas tais como: aplicação de injeções, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicosúria, curativos, lavagem e troca de bolsa de colostomia, de assepsia e higiene, embrocação vaginal, colocação ou retirada de tampão vaginal ou anal, sinais vitais, mudança de decúbito, sondagem nasogástrica, vesical e retal.
2. Nas Taxas de equipamentos estão inclusos todos os descartáveis e acessórios necessários para o seu uso e funcionamento.
3. SADT e honorários Médicos serão pagos mediante Tabela de Procedimentos da CAPEP-SAÚDE.
4. Toda alteração de orçamento precisa ser comunicada. Medicamentos, materiais descartáveis e curativo especiais (independente de valor) precisam de autorização prévia.
5. A troca de dispositivos deve seguir protocolo da CAPEP-SAÚDE.
6. Deve ser enviado, mensalmente, o orçamento atualizado de todos os pacientes internados.
7. Os curativos devem ser acompanhados pelas enfermeiras assistenciais, realizando relatórios semanais da lesão, com envio de fotos, para acompanhamento.
8. Os médicos assistentes devem enviar relatórios semanais descrevendo o quadro de cada paciente internado, para acompanhamento.
9. A rotina da visita médica deverá seguir o seguinte padrão: alta complexidade (mínimo 01/semana), média e baixa - conforme indicação e mediante justificativa, com autorização prévia da auditoria da CAPEP-SAÚDE – médico ou enfermeiro;
10. A carta acordo que deverá ser assinada pelo paciente e/ou responsável encontra-se neste Manual.
  - A CONTRATANTE não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias que advirem, fora das especificadas deste ACORDO HOSPITALAR, gerado entre as partes.
  - As diárias se encerram às 10 horas. Altas após este período deverão ser justificadas.
  - Em caso de óbito, após as 12 horas, será paga a diária conforme tempo de permanência;
  - Os equipamentos de proteção individual utilizados por funcionários do serviço contratado serão de responsabilidade da contratada;
  - Os exames complementares serão realizados pela rede credenciada da CAPEP-SAÚDE, após solicitação do médico assistente do Home Care e encaminhados para autorização.
  - Os Fluxos da CAPEP-SAÚDE de admissão; supervisão e acompanhamento; liberação de procedimentos e medicações se encontram-se discriminados neste manual.

### **6.1 Início dos serviços:**

A solicitação para autorização deve encaminhada pelo prestador via e-mail. A pertinência será avaliada pelo auditor interno da CAPEP que emite parecer quanto à elegibilidade e modalidade de atenção conforme condição clínica.

A implantação da assistência/internação domiciliar deve ser confirmada no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, após a autorização da mesma.

A solicitação de prorrogação deve ser encaminhada mensalmente e deve ser postada exclusivamente no sistema autorizador CAPEP.

### **6.2 Manutenção dos serviços (prorrogações):**

São solicitações encaminhadas à CAPEP-SAÚDE, a cada período de trinta dias com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário regular ou por liminar judicial pelo próximo período.

As prorrogações devem ser feitas através de formulário devidamente preenchido. Este formulário deve ser incluído no sistema 72 horas (3 dias úteis) antes do início do próximo período.

É imprescindível que a família/cuidador seja continuamente orientada a assumir os cuidados com o paciente, tendo em vista a promoção do autocuidado. O curativo secundário pode ser delegado ao cuidador que for devidamente treinado, evitando sujidades em períodos não cobertos pelo técnico de enfermagem.

### **6.3 Término da prestação dos serviços**

A atenção domiciliar termina através da Alta Domiciliar. O motivo desta alta pode ser:

- Alta por melhora;
- Óbito;
- Reinternamento;
- Administrativa.

Em todos os casos o SAD deve notificar a CAPEP à ocorrência da alta, anexando o Relatório de Alta. Estas informações devem ser postadas no sistema autorizador CAPEP em até 03 dias úteis.

No reinternamento, cessada intercorrência médica, o SAD de origem terá preferência caso o paciente ainda tenha indicação de cuidados domiciliares. Havendo manifestação em contrário do beneficiário ou seus familiares, ou a critério da CAPEP, o processo será incluído no rodízio.

O prestador sempre informará com antecedência aos familiares a retirada de equipamentos, dando um prazo adequado para readaptação da família.

## 7. REGULAÇÃO

Após a autorização para implementação da assistência domiciliar, as solicitações de prorrogações deverão ser encaminhadas à CAPEP, a cada período de trinta dias com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário.

As evoluções devem ser elaboradas pelo médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta assistente, datados e assinados.

Quando o paciente necessitar de procedimentos que não estão incluídos na autorização inicial ou na prorrogação, cabe ao SAD enviar à CAPEP a solicitação justificando a necessidade, através do sistema autorizador da CAPEP.

### **Os procedimentos que necessitam de autorização prévia são:**

1. Extensão de regime;
2. Inserção/troca de botton.
3. Introdução/alteração de medicamentos antimicrobianos e de alto custo.
4. Introdução / Alteração de coberturas para curativos especiais

### **Estão excluídos os seguintes procedimentos, ou seja, dispensam autorização prévia:**

1. Coleta de exames laboratoriais: hemograma, glicemia, colesterol total e frações, ureia, creatina, urina I
2. Raios-X;

A auditoria é responsável por avaliar a pertinência da realização destes procedimentos.

As extensões e a utilização de medicamentos antimicrobianos e de alto custo que ocorrerem em função de agravamento do quadro clínico devem ter sua solicitação através do sistema autorizador em até 1 (um) dia útil.

Os demais procedimentos devem ser lançados com até 1 (um) dia útil de antecedência, exceto as coberturas para curativos. No caso Introdução / Alteração de Coberturas para curativos especiais, o prazo será de 72 horas úteis (3 dias úteis).

As autorizações de exames complementares que serão realizados por outros prestadores deverão ter sua solicitação encaminhada pela empresa que realizará o procedimento. Cabe ao familiar responsável a viabilização para a execução do procedimento.

### **7.1 Exigências**

É um recurso utilizado pela equipe de Auditoria Médica para questionar ou esclarecer condutas terapêuticas adotadas pelas empresas quando a solicitação não satisfaz esta necessidade.

Assim que uma exigência é feita, a informação é lançada no sistema Top Saúde e pode ser visualizada pelo prestador. O SAD tem um prazo de 03 (três) dias úteis para responder às solicitações no sistema. Não cumprido o prazo, a CAPEP-SAÚDE reserva-se o direito de NEGAR a autorização, suspendendo, desta forma, o pagamento.



---

São de responsabilidade dos prestadores acompanharem, diariamente, as informações do sistema para que estejam aptos a responder em tempo hábil.

Cabe ao SAD também a responsabilidade de manter em suas dependências todo registro atualizado dos pacientes acompanhados, para que possa cumprir o disposto acima dentro do prazo.

## **8. FLUXO DE AUDITORIA DE CONTAS**

A auditoria das contas será realizada nas dependências do prestador. Será feita mensalmente, após a documentação das visitas realizadas pela equipe, vistoria do que foi efetivamente utilizado e realizado no domicílio do paciente.

O prestador deverá colocar em sistema toda a sua demanda do que necessita ser autorizado previamente antes da realização da auditoria in loco.

A análise das faturas será baseada nos parâmetros fornecidos pela CAPEP-SAÚDE.

O prestador deverá fornecer toda documentação necessária para realização da auditoria das contas, sem o qual não poderá ser realizado. O auditor será responsável pela análise dos medicamentos, taxas, gasoterapia e materiais descartáveis.

Após a análise das contas pela equipe de auditoria, o prestador deverá enviar em tempo hábil as contas para o faturamento da CAPEP-SAÚDE

## 9. MEDICAMENTOS

Para as diárias de Internação Domiciliar de 12 e 24 h, a CAPEP estabelece as seguintes coberturas:

### a) Medicamentos antibióticos com valor unitário inferior ou igual a 10 reais:

- Medicamentos antibióticos injetáveis, de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente, com valor unitário inferior ou igual a 10 reais estão inclusas na diária e deve ser dispensada de autorização, excluindo-se medicações de uso contínuo.

### b) Medicamentos antibióticos com valor unitário superior a 10 reais e até 150 reais:

- Medicamentos antibióticos injetáveis, de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente, com valor unitário superior a R\$ 10,00 e até R\$ 150,00 devem ser cobradas diretamente em conta, preferencialmente na forma de medicações genéricas. Para estes valores não será necessária autorização prévia, porém deverão ser validados pela auditoria externa na apresentação de contas.

### c) Medicamentos antibióticos com valor unitário acima de 150 reais:

Medicamentos antibióticos injetáveis, de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente, acima de 150 reais necessitarão de autorização prévia para a utilização, mediante solicitação no sistema autorizador CAPEP, enviando justificativa médica e prescrição médica.

Estas regras se aplicam apenas as medicações relacionadas com a patologia da internação. **As medicações que não estejam relacionadas a patologia da internação não são de obrigação de cobertura pela CAPEP.** Estes medicamentos são de responsabilidade do paciente e/ou responsáveis. Exemplos de medicações **não** cobertas: medicações nasais para rinite, medicações de asma quando não relacionadas diretamente com a internação, colírios para glaucoma, cremes e pomadas de uso continuado, dentre outras.

**Os demais medicamentos estão inclusos nos pacotes de 24H e 12H.**

A Enoxiparina está inclusa nas diárias de internamento.

### 9.1 Diretrizes para autorização de medicamentos

- Medicações deverão estar prescritas pelo médico assistente e com comprovação do uso em prontuário;
- Somente poderão ser objeto de cobrança os medicamentos relacionados aos atendimentos das intercorrências compatíveis com a hipótese diagnóstica ou diagnóstico e condição clínica do paciente.
- **Os medicamentos de uso oral e contínuo não estão cobertos.**
- O pagamento dos medicamentos está subordinado à pertinência da indicação, efetiva administração e fracionamento, quando se aplicar. Os medicamentos a serem utilizados deverão ser exclusivamente os genéricos, exceto nos casos em que não houver medicamento genérico no mercado.

- Os genéricos serão pagos pelo Brasíndice da competência da realização do atendimento, Preço de Fábrica, com deflator de 15%.
- Quando não houver a descrição da marca do genérico, será paga a de menor valor constante no Brasíndice da competência do atendimento realizado, preço de fábrica, com deflator de 15%. No documento de cobrança da conta deverá estar descrito o fabricante do medicamento. Em não havendo esta descrição, será pago o de menor valor.
- Na ausência do genérico será pago o medicamento de marca com base no Brasíndice da competência do atendimento realizado, pelo Preço de Fábrica, com deflator de 15%.
- No caso de utilização de medicamento de marca, quando houver o genérico do mesmo, será pago o valor do medicamento genérico, de menor preço.
- Os medicamentos identificados com de uso exclusivamente hospitalar serão pagos pelo Preço de Fábrica, com deflator de 15%.
- Os medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura conforme descrito no Brasíndice (marca, fabricante, concentração e outros dados inerentes ao produto).
- Toda e qualquer medicação será paga por dose unitária e de forma fracionada, sempre que possível.
- Em havendo cobrança em duplicidade de um mesmo agente terapêutico ou de um mesmo medicamento, que ora esteja sendo utilizado com o nome farmacológico ora com o nome comercial, será pago o de menor valor.
- Os esquemas de antibiótico, deverão ser pedidos em formulário próprio, acompanhado de resultado de culturas e sensibilidade ao antibiótico solicitado, para serem previamente autorizados pela CAPEP-SAÚDE;

## 10. MATERIAIS

- Os materiais descartáveis utilizados deverão ter seu registro na ficha clínica do paciente, com comprovação de sua utilização;
- Caso haja indicação de utilização de material especial, este deve ser solicitado pelo médico assistente em prontuário com a justificativa da sua efetiva necessidade e eficácia. Para sua utilização deverá ser solicitada autorização prévia à CAPEP-SAÚDE sendo o registro do uso feito em prontuário (avaliação da condição do paciente, imagem, selo, código de barras, o que couber);
- A utilização de materiais deve estar relacionada à pertinência das indicações, prescrição (adequação da quantidade);
- Os materiais utilizados serão pagos de acordo com a Tabela de Materiais da CAPEP-SAÚDE, com o referencial da marca do produto exceto os que fazem parte da taxa de administração de medicamentos;
- Todos os materiais que não estiverem contemplados na Tabela de Materiais da CAPEP-SAÚDE serão pagos pela SIMPRO, com deflator de 40%, da competência do atendimento.

**Os pacotes de 24H e 12H incluem todos os materiais em sua composição.**

## 11. CURATIVOS

Para a realização do tratamento de feridas, o prestador deverá possuir equipe com experiência na área, com comprovação de atuação através de atestado fornecido por pessoa jurídica, qualificando o profissional para atuação no tratamento de feridas.

Para autorização de Curativos especiais no Tratamento de Feridas, o prestador deverá solicitar a autorização prévia através do sistema autorizador da CAPEP, com antecedência de 72 horas.

A solicitação em sistema deverá contemplar o relatório médico detalhado, plano terapêutico, registro fotográfico colorido da ferida com a régua graduada de identificação devidamente preenchida (iniciais do paciente, local da lesão e data) e os relatórios complementares deverão ser incluídos no sistema através dos anexos. A solicitação de autorização previa é obrigatória, somente através dela, será assegurado o pagamento do material utilizado no procedimento. Para prorrogação e análise de continuidade da assistência deverão ser encaminhados após 30 (trinta) dias do início do tratamento, relatório médico detalhado, plano terapêutico, registro fotográfico colorido da ferida com a régua graduada de identificação devidamente preenchida (iniciais do paciente, local da lesão e data).

<b>CURATIVOS ESPECIAIS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA</b>
1. Alginato com Antisséptico/Antimicrobiano
2. Alginato com Cálcio
3. Carboximetilcelulose
4. Carboximetilcelulose com Antimicrobiano
5. Carvão ativado
6. Espuma
7. Espuma com antisséptico / Antimicrobiano
8. Espuma com Silicone
9. Hidrocolóide
10. Hidrocolóide Extra Fino
11. Hidrogel

## 12. ORIENTAÇÕES GERAIS

As diárias de Internação Domiciliar se iniciam às 7:00. E se encerram conforme quadro abaixo:

MODALIDADE	ENCERRAMENTO DE DIÁRIA
ID 24H	7:00
ID 12H	19:00
ID 06H	13:00

As captações dos beneficiários no hospital deverão ocorrer até as 10:00 para evitar duplicidade de cobrança da diária entre o hospital e o SAD. Se a admissão ocorrer após este horário a diária do SAD será glosada.

Deve ser obedecido o limite imposto pela resolução CFM 1668/03 que fixa em 15 o número máximo de pacientes por médico para a assistência domiciliar.

Os materiais fornecidos pela empresa aos familiares/cuidadores, a exemplo de material para curativo secundário e outros, deverão ter sua entrega comprovada mediante a assinatura de recibo, incluindo data da entrega e quantidade de material fornecido. Este recibo deverá ser disponibilizado aos auditores quando da auditoria de contas, pois é o mesmo que garantirá o cumprimento das coberturas do pacote.

**Todo material de consumo entregue pela empresa e não utilizado deve ser devolvido pela família.**

Pacientes em Atenção Domiciliar que pedirem para sair temporariamente do programa por motivos pessoais não deverão retornar para a Assistência. O nosso entendimento é que o paciente não possui a necessidade do serviço, podendo buscar, assim, a rede ambulatorial.

Em pacientes com uso de Sonda Naso-Enteral (SNE), que necessitem repassar a sonda por perda devem ser repassada em domicílio. Os custos da passagem com materiais e honorários médicos estão inclusos na diária de internamento.

## PACOTES

<b>PACOTE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H COM VENTILAÇÃO MECÂNICA</b>	
<b>INDICAÇÃO:</b> Uso de Ventilação Mecânica Invasiva Contínua	
<b>SERVIÇOS</b>	
<b>Plantão do técnico de enfermagem 24 horas</b>	
Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE	
<b>Visitas da enfermeira de rotina</b>	<b>Visitas médicas de rotina</b>
Mínimo 1x/semana. Elaboração da SAE	Mínimo 15/15 dias, ou quantas for necessário
<b>Fisioterapia motora e respiratória</b>	<b>Fonoterapia</b>
Mínimo 1x/dia. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras)	Mínimo 2 sessões/semana
<b>Avaliação Multiprofissional</b>	<b>Acompanhamento Domiciliar</b>
Nutricionista, Fonoaudiólogo e Serviço Social O Serviço Social será fornecido pela própria CAPEP	Nutricionista: mínimo 1x/mês
<b>Gerenciamento de enfermagem do caso</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;</li> <li>- Gerenciamento de feridas;</li> <li>- Prevenção de infecção;</li> </ul>	
<b>Procedimentos médicos passíveis de realização no domicílio</b>	
Ex: Acesso venoso (inclui todos os materiais), desbridamento, etc Inclui os honorários médicos	
<b>Central de Atendimento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato e discussão dos casos com a equipe médica assistente;</li> <li>- Direcionar chamados de emergência;</li> <li>- Dúvidas e orientações;</li> <li>- Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio;</li> <li>- Gerenciamento e controle de outros serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia e Nutrição);</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de gases medicinais;</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos.</li> </ul>	
<b>VALOR DA DIÁRIA</b>	<b>R\$ 690,00</b>

### ITENS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA)

Troca de botton, gastrostomia.  
Curativos especiais

### ITENS INCLUÍDOS

**Materiais** (ex: Agulhas, Algodão, Ataduras, Bisturi Descartável, Bolsas Coletoras/Colostomia, Campo Operatório, Cânulas de Traqueostomia e Orotraqueal, Cateter Intravenoso Periférico (Scalp ou Jelco), Cateter Nasal, Coletores, Compressas (Inclusive Zolbec), Sistema Fechado,

Conector P/Oxigênio, Dispositivo P/Incontinência Urinária, Escalpes e Jelcos, Esparadrapo Impermeável, Extensores, Filtro Umidificador, Fios, Fita Hipoalergênica Micropore, Fixador Para Traqueostomia, Lamina Bisturi Estéril, Lanceta E Tiras P/ Glicemia Capilar, Luvas, Mascaras, Obturador P/Cateter Urostop, Regenerador De Calor / Umidade, Seringas, Sondas (Aspiração, Foley, p/alimentação, retal, uretral) e tampas, Torneirinha, Tubo aspiração, Cateter Venoso, entre outros).

**Gases medicinais/concentrador necessários à condução do caso no domicílio**  
**Medicamentos (exceto antibióticos injetáveis)**

**Ventilação Mecânica**

**Kit de equipamentos necessários ao atendimento domiciliar** (ex: Aspirador, bomba de infusão, monitor cardíaco, nebulizador, oxímetro de pulso, tensiômetro, concentrador e torpedão de oxigênio, entre outros).

**Treinamento para a família e/ou cuidador**

<b>PACOTE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA</b>	
<b>INDICAÇÃO:</b> Hiperssecção brônquica em pacientes traqueostomizados, infusão venosa contínua, ventilação mecânica não invasiva, quadro clínico instável.	
<b>SERVIÇOS</b>	
<b>Plantão do técnico de enfermagem 24 horas</b>	
Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE	
<b>Visitas da enfermeira de rotina</b>	<b>Visitas médicas de rotina</b>
Mínimo 1x/semana. Elaboração da SAE	Mínimo 15/15 dias, ou quantas for necessário
<b>Fisioterapia motora e respiratória</b>	<b>Fonoterapia</b>
Mínimo 3x/semana. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras)	Conforme necessidade clínica
<b>Avaliação Multiprofissional</b>	<b>Acompanhamento Domiciliar</b>
Nutricionista, Fonoaudiólogo e Serviço Social O Serviço Social será fornecido pela própria CAPEP	Nutricionista: mínimo 1x/mês
<b>Gerenciamento de enfermagem do caso</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;</li> <li>- Gerenciamento de feridas;</li> <li>- Prevenção de infecção;</li> </ul>	
<b>Procedimentos médicos passíveis de realização no domicílio</b>	
Ex: Acesso venoso (inclui todos os materiais), desbridamento, etc Inclui os honorários médicos	
<b>Central de Atendimento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato e discussão dos casos com a equipe médica assistente;</li> <li>- Direcionar chamados de emergência;</li> <li>- Dúvidas e orientações;</li> <li>- Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio;</li> <li>- Gerenciamento e controle de outros serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia e Nutrição);</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de gases medicinais;</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos.</li> </ul>	
<b>VALOR DA DIÁRIA</b>	<b>R\$ 420,00</b>

<b>ITENS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA)</b>
Troca de botton, gastrostomia. Curativos especiais

<b>ITENS INCLUÍDOS</b>
<b>Materiais</b> (ex: Agulhas, Algodão, Ataduras, Bisturi Descartável, Bolsas Coletoras/Colostomia, Campo Operatório, Cânulas de Traqueostomia e Orotraqueal, Cateter Intravenoso Periférico (Scalp ou Jelco), Cateter Nasal, Coletores, Compressas (Inclusive Zolbec), Sistema Fechado, Conector P/Oxigênio, Dispositivo P/Incontinência Urinária, Escalpes e Jelcos, Esparadrupo Impermeável, Extensores, Filtro Umidificador, Fios, Fita Hipoalergênica Micropore, Fixador

Para Traqueostomia, Lamina Bisturi Estéril, Lanceta E Tiras P/ Glicemia Capilar, Luvas, Mascaras, Obturador P/Cateter Urostop, Regenerador De Calor / Umidade, Seringas, Sondas (Aspiração, Foley, p/alimentação, retal, uretral) e tampas, Torneirinha, Tubo aspiração, Cateter Venoso, entre outros).

**Gases medicinais/concentrador necessários à condução do caso no domicílio**  
**Medicamentos (exceto antibióticos injetáveis)**

**Kit de equipamentos necessários ao atendimento domiciliar** (ex: Aspirador, bomba de infusão, monitor cardíaco, nebulizador, oxímetro de pulso, tensiômetro, concentrador e torpede de oxigênio, entre outros).

**Treinamento para a família e/ou cuidador**

<b>PACOTE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR - EXCEPCIONAL</b>	
<b>SERVIÇOS</b>	
<b>Plantão do técnico de enfermagem 24 horas</b>	
Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE	
<b>Visitas da enfermeira de rotina</b>	<b>Visitas médicas de rotina</b>
Mínimo 1x/semana. Elaboração da SAE	Mínimo 15/15 dias, ou quantas for necessário
<b>Fisioterapia motora e respiratória</b>	<b>Fonoterapia</b>
Mínimo 3x/semana. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras)	Conforme necessidade clínica
<b>Avaliação Multiprofissional</b>	<b>Acompanhamento Domiciliar</b>
Nutricionista, Fonoaudiólogo e Serviço Social O Serviço Social será fornecido pela própria CAPEP	Nutricionista: mínimo 1x/mês
<b>Gerenciamento de enfermagem do caso</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;</li> <li>- Gerenciamento de feridas;</li> <li>- Prevenção de infecção;</li> </ul>	
<b>Procedimentos médicos passíveis de realização no domicílio</b>	
Ex: Acesso venoso (inclui todos os materiais), desbridamento, etc Inclui os honorários médicos	
<b>Central de Atendimento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato e discussão dos casos com a equipe médica assistente;</li> <li>- Direcionar chamados de emergência;</li> <li>- Dúvidas e orientações;</li> <li>- Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio;</li> <li>- Gerenciamento e controle de outros serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia e Nutrição);</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de gases medicinais;</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos.</li> </ul>	
<b>VALOR DA DIÁRIA – 24H</b>	<b>R\$ 750,00</b>
<b>VALOR DA DIÁRIA – 12H</b>	<b>R\$ 420,00</b>

<b>INDICAÇÃO</b>
- Para os beneficiários em liminar judicial que necessitam de técnica ou cuidador 24 horas, porém não preenchem os critérios clínicos para ID 24 h sem ventilação mecânica. A qualquer momento, o paciente pode ser desmamado para ID 12 ou alterado para ID 24 horas sem ventilação mecânica conforme quadro clínico e critério para inclusão nessas diárias.

<b>ITENS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA)</b>
Troca de botton, gastrostomia. Curativos especiais

#### ITENS INCLUÍDOS

**Materiais** (ex: Agulhas, Algodão, Ataduras, Bisturi Descartável, Bolsas Coletoras/Colostomia, Campo Operatório, Cânulas de Traqueostomia e Orotraqueal, Cateter Intravenoso Periférico (Scalp ou Jelco), Cateter Nasal, Coletores, Compressas (Inclusive Zolbec), Sistema Fechado, Conector P/Oxigênio, Dispositivo P/Incontinência Urinaria, Escalpes e Jelcos, Esparadrapo Impermeável, Extensores, Filtro Umidificador, Fios, Fita Hipoalergênica Micropore, Fixador Para Traqueostomia, Lamina Bisturi Estéril, Lanceta E Tiras P/ Glicemia Capilar, Luvas, Mascaras, Obturador P/Cateter Urostop, Regenerador De Calor / Umidade, Seringas, Sondas (Aspiração, Foley, p/alimentação, retal, uretral) e tampas, Torneirinha, Tubo aspiração, Cateter Venoso, entre outros).

**Gases medicinais/concentrador necessários à condução do caso no domicílio**  
**Medicamentos (exceto antibióticos injetáveis), Soluções, Suplementos e Dietas**

Mobiliário

**Kit de equipamentos necessários ao atendimento domiciliar** (ex: Aspirador, bomba de infusão, monitor cardíaco, nebulizador, oxímetro de pulso, tensiômetro, concentrador e torpede de oxigênio, entre outros).

**Treinamento para a família e/ou cuidador**

<b>PACOTE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR 12H</b>	
<b>INDICAÇÃO:</b> Hipersecreção brônquica em pacientes traqueostomizados, treinamento do cuidador (máximo 3 dias), transição para um regime de menor complexidade.	
<b>SERVIÇOS</b>	
<b>Plantão do técnico de enfermagem 12 horas</b>	
Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE	
<b>Visitas da enfermeira de rotina</b>	<b>Visitas médicas de rotina</b>
Mínimo 15/15 dias. Elaboração da SAE	Mínimo 15/15 dias, ou quantas for necessário
<b>Fisioterapia motora e respiratória</b>	<b>Fonoterapia</b>
Mínimo 3x/semana. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras)	Conforme necessidade clínica
<b>Avaliação Multiprofissional</b>	<b>Acompanhamento Domiciliar</b>
Nutricionista, Fonoaudiólogo e Serviço Social O Serviço Social será fornecido pela própria CAPEP	Nutricionista: mínimo 1x/mês
<b>Gerenciamento de enfermagem do caso</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;</li> <li>- Gerenciamento de feridas;</li> <li>- Prevenção de infecção;</li> </ul>	
<b>Procedimentos médicos passíveis de realização no domicílio</b>	
Ex: Acesso venoso (inclui todos os materiais), desbridamento, etc Inclui os honorários médicos	
<b>Central de Atendimento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato e discussão dos casos com a equipe médica assistente;</li> <li>- Direcionar chamados de emergência;</li> <li>-Dúvidas e orientações;</li> <li>- Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio;</li> <li>- Gerenciamento e controle de outros serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia e Nutrição);</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de gases medicinais;</li> <li>- Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos.</li> </ul>	
<b>VALOR DA DIÁRIA</b>	<b>R\$ 360,00</b>

<b>ITENS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA)</b>
Troca de botton, gastrostomia. Curativos especiais

<b>ITENS INCLUÍDOS</b>
<b>Materiais</b> (ex: Agulhas, Algodão, Ataduras, Bisturi Descartável, Bolsas Coletoras/Colostomia, Campo Operatório, Cânulas de Traqueostomia e Orotraqueal, Cateter Intravenoso Periférico (Scalp ou Jelco), Cateter Nasal, Coletores, Compressas (Inclusive Zolbec), Sistema Fechado, Conector P/Oxigênio, Dispositivo P/Incontinência Urinária, Escalpes e Jelcos, Esparadrappo Impermeável, Extensores, Filtro Umidificador, Fios, Fita Hipoalergênica Micropore, Fixador

Para Traqueostomia, Lamina Bisturi Estéril, Lanceta E Tiras P/ Glicemia Capilar, Luvas, Mascaras, Obturador P/Cateter Urostop, Regenerador De Calor / Umidade, Seringas, Sondas (Aspiração, Foley, p/alimentação, retal, uretral) e tampas, Torneirinha, Tubo aspiração, Cateter Venoso, entre outros).

**Medicamentos (exceto antibióticos injetáveis)**

**Kit de equipamentos necessários ao atendimento domiciliar** (ex: Aspirador, bomba de infusão, monitor cardíaco, nebulizador, oxímetro de pulso, tensiômetro, concentrador e torpedão de oxigênio, entre outros).

**Treinamento para a família e/ou cuidador**

PROGRAMA DE TRATAMENTO DE LESÕES – CURATIVO (PACOTE)		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR DIA
Programa de Tratamento de Lesões 1x dia (CURATIVO)		R\$ 55,00
Programa de Tratamento de Lesões 2x dia (CURATIVO)*		R\$ 100,00
<b>COMPOSIÇÃO:</b> Avaliação do paciente no Hospital para levantamento das necessidades. Treinamento e identificação do cuidador. Enfermeiro até 1x por semana. Supervisão de enfermagem até 1x por semana. Auxiliar ou Técnico de Enfermagem por procedimento. Monitoramento telefônico. Relatório técnico mensal. Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante, infectante) Treinamento para a família e/ou cuidador		

\*mediante justificativa prévia

PROGRAMA DE TRATAMENTO DE ANTIBIOTICOTERAPIA (PACOTE)		
PROGRAMA ATB 15/30 DIAS (PACOTE)		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR DIA
Programa de ATB 15/30 dias – 1x dia		R\$ 55,00
Programa de ATB 15/30 dias – 2x dia		R\$ 90,00
Programa de ATB 15/30 dias – 3x dia		R\$ 125,00
Programa de ATB 15/30 dias – 4x dia		R\$ 150,00
<b>COMPOSIÇÃO:</b> Avaliação do paciente no Hospital para levantamento das necessidades. Supervisão de enfermagem até 1 x no período e Técnico de enfermagem por aplicação. Suporte de soro e Kit de aparelho de pressão, coleta domiciliar até 1 x por período. Monitoramento telefônico. Relatório técnico mensal. Coleta de resíduo sólido de saúde (perfuro cortante, infectante). Especificar material de uso comum. Não está incluído o medicamento.		

Casos de complexidade inferior aos pacotes estabelecidos serão cobrados através de conta aberta, conforme a tabela abaixo:

ITEM	VALOR (R\$)
Fonoaudióloga (sessão)	R\$ 70,00
Fisioterapia (sessão)	R\$ 50,00
Nutricionista (consulta)	R\$ 50,00
Visita médica	R\$ 180,00
Visita de enfermagem	R\$ 70,00
Visita de Tec. de Enfermagem	R\$ 45,00
Troca de Botton (pacote completo)	R\$ 1.700,00
Coleta de exames laboratoriais	R\$ 60,00
Raio-x	R\$ 200,00
Oxigênio (por hora)	R\$ 10,00
Concentrador de Oxigênio (diária)	R\$ 15,00
Materiais	Conforme item 9
Medicamentos	Conforme item 10

Os valores para troca de Botton, Coleta de exames laboratoriais e Raio-X também se aplicam para os casos de média (12H) e alta complexidade (24H), visto estes serem itens excluídos dos pacotes.

Exclusivamente para casos judiciais em que seja necessário a Terapia Ocupacional será remunerada no valor de R\$ 90,00 por sessão.

## ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE HOME CARE ( ) Admissão ( ) Reinternação	
Nome:	Matrícula:
Hospital:	CID principal:
Idade:	Nome do Responsável:
Endereço:	
Telefone do responsável:	
<b>CRITÉRIOS CLÍNICOS:</b>	
Ventilação Mecânica Invasiva ou Não Invasiva de forma contínua ( ) sim ( ) não	
Acesso Venoso com infusão contínua ( ) sim ( ) não	
Feridas e Úlceras Complexas, a partir do grau 2 (caso o paciente tenha somente este critério, ele deve ser acamado para ser admitido) ( ) sim ( ) não	
Hipersecreção brônquica em pacientes traqueostomizados ( ) sim ( ) não	
Cuidados paliativos: pacientes terminais em fase avançada, em uso de analgesia parenteral ou cuidados intensivos ( ) sim ( ) não	
Antibioticoterapia parenteral – Informar esquema e previsão de término: ( ) sim ( ) não	
Medicamento: _____ D D Posologia: _____	
<b>PACOTE SOLICITADO:</b>	
Pacote De Internação Domiciliar 24h com Ventilação Mecânica ( )	
Pacote De Internação Domiciliar 24h sem Ventilação Mecânica ( )	
Pacote De Internação Domiciliar 12h ( )	
Baixa Complexidade ( ) Itens: _____	
Programa de Curativos: ( ) 1x/dia ( ) 2x/dia	
Programa de Antibioticoterapia: ( ) 1x/dia ( ) 2x/dia ( ) 3x/dia ( ) 4x/dia	
<b>Observações:</b>	
<b>Justificativa para solicitação de Home Care:</b>	
<b>Data:</b>	
<b>Assinatura e carimbo do médico prescritor:</b>	
<b>Enviado à CAPEP por:</b>	
<b>Parecer do médico auditor quanto à elegibilidade e pertinência:</b>	
( ) Elegível ( ) Não Elegível	
<b>Justificativa:</b>	
<b>Assinatura e carimbo do médico auditor da CAPEP SAÚDE:</b>	
<b>Data:</b>	

## Anexo II

<b>RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS SOCIAIS</b> ( ) Admissão      ( ) Reinternação	
<b>Nome:</b>	<b>Matrícula:</b>
<b>Hospital:</b>	<b>CID principal:</b>
<b>Idade:</b>	<b>Nome do Responsável:</b>
<b>Endereço:</b>	
<b>Telefone do responsável:</b>	
<b>CRITÉRIOS SOCIAIS:</b>	
Aceitação da família e do paciente, especialmente no que se refere às regras que regem a assistência domiciliar ( ) sim ( ) não	
Presença de um cuidador hábil, durante 24 horas por dia ( ) sim ( ) não	
Residência compatível para assistência domiciliar: suprimento de água potável, energia elétrica, meio de comunicação, de fácil acesso e ambiente com janela, específico para o paciente ( ) sim ( ) não	
Facilidade de acesso ao domicílio para veículos ( ) sim ( ) não	
Domicílio dentro da área de cobertura da CAPEP-SAÚDE ( ) sim ( ) não	
<b>ABORDAGEM SOCIAL:</b>	
<b>Assistente Social:</b>	
<b>Familiar responsável:</b>	
<b>Aspectos abordados:</b>	
<b>Observações:</b>	
<b>Parecer:</b>	
<b>Data:</b>	
<b>Assinatura do Familiar Responsável:</b>	
<b>Assinatura e carimbo da Assistente Social:</b>	

## Anexo III

RELATÓRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE HOME CARE	
Nome:	Matrícula:
Hospital:	CID principal:
Idade:	Nome do Responsável:
Endereço:	
Telefone do responsável:	
Data de admissão:	
<b>PACOTE AUTORIZADO:</b>	
Pacote De Internação Domiciliar 24h com Ventilação Mecânica ( )	
Pacote De Internação Domiciliar 24h sem Ventilação Mecânica ( )	
Pacote De Internação Domiciliar 12h ( )	
Baixa Complexidade ( )	
Programa de Curativos: ( ) 1x/dia ( ) 2x/dia	
Programa de Antibioticoterapia: ( ) 1x/dia ( ) 2x/dia ( ) 3x/dia ( ) 4x/dia	
<b>AVALIAÇÃO:</b>	
Deambula? ( ) Não ( ) Sim, com auxílio de _____ ( ) Sim	
Drenos/Cateter/Ostomias: ( ) Ausentes ( ) Presentes. Qual? _____	
Integridade cutânea: ( ) Íntegra ( ) Com lesões (descrever): _____	
ATB: ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____	
Previsão de término:	Posologia:
TQT: ( ) Não ( ) Sim. Quantidade de aspirações por dia: _____	
<b>EVOLUÇÃO:</b>	
<b>MÉDICA:</b>	
Assinatura do profissional, carimbo e data:	
<b>ENFERMAGEM:</b>	
Assinatura do profissional, carimbo e data:	
<b>FISIOTERÁPICA:</b>	
Assinatura do profissional, carimbo e data:	
<b>FONOTERÁPICA:</b>	
Assinatura do profissional, carimbo e data:	
<b>NUTRICIONAL:</b>	
Assinatura do profissional, carimbo e data:	
<b>SOLICITAÇÕES PARA O PERÍODO:</b>	
Assinatura do profissional responsável, carimbo e data:	

## Anexo IV

PLANO TERAPÊUTICO DE TRATAMENTO DE FERIDAS		
Prestador:		
DADOS DO BENEFICIÁRIO		
Nome:		Matrícula:
Hospital:		
Idade:	Nome do Responsável:	
Endereço:		
Telefone do responsável:		
Data de admissão:		
IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS		
Nome do Médico:		CRM:
Nome do Enfermeiro:		COREN:
HISTÓRICO DO MUTUÁRIO		
Diagnóstico de Base:		CID:
Doenças Sistêmicas Associadas: ( ) Hipertensão ( ) Vasculopatia ( ) Neoplasias ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) Pneumonia ( ) Alergias ( ) Outras. Quais? _____		
Tempo da Ferida:		
Tempo previsto de tratamento:		Frequência de Troca:
Infecção: ( ) Não ( ) Sim Microorganismo: _____		
Realiza tratamento em câmara hiperbárica? ( ) Sim ( ) Não		
AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DA FERIDA		
Data de avaliação:		
Localização da ferida:		
Etiologia da lesão: ( ) Lesão por pressão ( ) Úlcera Venosa ( ) Úlcera Arterial ( ) Úlcera pé diabético ( ) Trauma ( ) Queimadura ( ) Deiscência ( ) Outra. Qual? _____		
CARACTERÍSTICAS E LEITO DA FERIDA		
Comprimento (cm):	Largura (cm):	Profundidade (cm):
Descolamento? ( ) Não ( ) Sim	Tecido de Granulação? ( ) Não ( ) Sim	
Tecido de Esfacelo? ( ) Não ( ) Sim	Tecido de Fibrina? ( ) Não ( ) Sim	
Tecido Necrótico? ( ) Não ( ) Sim		
Exposição Tendão/Vaso/Osso? ( ) Não ( ) Sim		
EXSUDATO/ODOR		
Tipo de Exsudato: ( ) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Purulento		
Volume de Exsudato: ( ) Pequeno ( ) Moderada ( ) Grande		
Odor: ( ) Sim ( ) Não		
MARGEM DE FERIDA/BORDA		
Cor: ( ) Rosa ( ) Vermelha Brilhante ( ) Cinza ( ) Hiperpigmentada		
Edema: ( ) Não ( ) Sim		Maceração: ( ) Não ( ) Sim
Bordas: ( ) Regular ( ) Irregular		

PLANO TERAPÊUTICO	
Previsão de início:	Previsão de término:
Justificativa para solicitação:	
COBERTURA PRIMÁRIA	
Produto:	
Tamanho:	
Quantidade:	
Período de troca:	
COBERTURA SECUNDÁRIA	
Produto:	
Tamanho:	
Quantidade:	
Período de troca:	
DESTRUMENTO	
Instrumental? ( ) Não ( ) Sim	
Cirúrgico? ( ) Não ( ) Sim	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
REGISTRO FOTOGRÁFICO	
Para avaliação da continuidade do tratamento deverá ser anexado no sistema o registro fotográfico colorido da ferida com a régua graduada de identificação devidamente preenchida (iniciais do paciente, local da lesão e data).	
Assinatura e carimbo do Médico Assistente:	
Assinatura e carimbo do Enfermeiro:	
Data:	

## ANEXO V - CARTA ACORDO

### PROGRAMA DE HOME CARE

O Programa de Home Care da CAPEP-SAÚDE é um atendimento pontual em regime domiciliar, que substitui a internação hospitalar por uma situação mais confortável para o paciente e para a família. O médico responsável indica esse tipo de atendimento domiciliar sob prescrição detalhada do grau de complexidade para o paciente, mediante relatório médico devidamente justificado.

É importante compreender que o Programa de Home Care só será indicado quando o paciente apresentar um quadro clínico que justifique este tipo de assistência.

O atendimento domiciliar não será indicado, caso o paciente necessite apenas de cuidados básicos tais como: Higiene no leito, troca de fraldas, ajuda para mudar de posição ou para caminhar, bem como o preparo ou administração de medicamentos orais ou alimentos.

O atendimento do Programa de Home Care é constituído por uma equipe multidisciplinar quando indicação do médico assistente.

É indispensável que seja garantida a presença contínua de um familiar ou cuidador que auxilie rotineiramente nos cuidados diários necessários com o paciente, como também, que o beneficiário ou familiar mais próximo aprove o atendimento dentro dos padrões do Programa.

A CAPEP-SAÚDE poderá realizar visita ao paciente com observação de seu estado, correlacionando-se com o prontuário médico e com os demais registros clínicos, bem como para avaliação da qualidade do serviço prestado pela empresa de Home Care.

Ao solicitar a assistência domiciliar pelo médico assistente hospitalar, o beneficiário fica ciente das normas contidas no Programa e assina a Carta Acordo, anexa. Fica ainda ciente o beneficiário e seus familiares ou responsáveis que esta cobertura poderá ser suspensa a qualquer momento por iniciativa da CAPEP-SAÚDE desde que acabe a indicação clínica ou por outro motivo.



---

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ACORDO E SOLICITAÇÃO DE HOME CARE**

Eu, \_\_\_\_\_ responsável pelo Sr.  
(a) \_\_\_\_\_ mutuário(a) da CAPEP-  
SAÚDE, nº \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, estou ciente  
das Condições contratuais e propostos no Programa de Home Care da CAPEP-SAÚDE e que a  
cobertura somente estará assegurada enquanto houver indicação clínica para o caso,  
cessando tão logo o paciente deixe de atender aos requisitos clínicos que indica a necessidade  
do atendimento e autorizo a realização de visita de profissionais da CAPEP-SAÚDE para  
acompanhamento da evolução do tratamento e dos serviços oferecidos pela empresa de  
Home Care.

---

**Assinatura do Responsável**

---

**Letra de forma / Grau de Parentesco**

**Eu declaro e assumo a responsabilidade de ser o cuidador do paciente durante o seu  
tratamento e que estou 24 horas à disposição.**

---

**Assinatura do Cuidador**

---

**Letra de forma / Grau de Parentesco**

## ANEXO V

### PROPOSTA CREDENCIAMENTO Nº 009/2022

À Caixa de Assistência ao Servidor Público Municipal de Santos – CAPEP-SAÚDE

Objeto: Credenciamento de pessoas jurídicas para a Prestação de Serviços de HOME CARE aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na CAPEP-SAÚDE.

Senhor(a) Presidente da Comissão Permanente de Licitações - CAPEP.

Após observadas todas as condições do Edital do Credenciamento em epígrafe e seus Anexos, vimos apresentar a nossa proposta de preços para prestação dos serviços acima especificados, conforme abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE ESTIMADA ANUAL	QUANTIDADE DISPONIBILIZADA *ANUAL
1	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H COM VENTILAÇÃO MECÂNICA	DIA	R\$ 690,00	730	
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	DIA	R\$ 420,00	365	
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 24H - EXCEPCIONAL	DIA	R\$ 750,00	365	
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 12H	DIA	R\$ 360,00	365	
	INTERNAÇÃO DOMICILIAR 12H - EXCEPCIONAL	DIA	R\$ 420,00	365	
	BAIXA COMPLEXIDADE	DIA	APROX. R\$ 187,57	25.185	
2	CURATIVO 1X/DIA	DIA	R\$ 55,00	2190	
	CURATIVO 2X/DIA		R\$ 100,00		
3	ANTIBIOTICOTERAPIA 1X/DIA	DIA	R\$ 55,00	365	
	ANTIBIOTICOTERAPIA 2X/DIA		R\$ 90,00		
	ANTIBIOTICOTERAPIA 3X/DIA		R\$ 125,00		
	ANTIBIOTICOTERAPIA 4X/DIA		R\$ 150,00		

#### LOCAIS ATENDIDOS (MARCAR COM "X" NAS ÁREAS QUE DISPONIBILIZA ATENDIMENTO)

CIDADE	ZONAS		
	ÁREA INSULAR	ÁREA CONTINENTAL	MORROS
SANTOS			
SÃO VICENTE			
PRAIA GRANDE			
GUARUJÁ			

<b>MONGAGUÁ</b>			
<b>ITANHAÉM</b>			
<b>PERUÍBE</b>			
<b>BERTIOGA</b>			
<b>CUBATÃO</b>			

**\*AS EMPRESAS INTERESSADAS DEVERÃO INFORMAR A CAPACIDADE DE ATENDIMENTO ANUAL POR ITEM DISPONÍVEL, CONFORME INFORMADO NO ITEM 6.1.1. DO EDITAL, OBSERVANDO O ANEXO III – FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL.**

Declaramos que no preço ofertado para cada Item já estão inclusas todas e quaisquer despesas com mão de obra, auxílio alimentação ou refeição, vales transporte e quaisquer outras vantagens pagas aos empregados, uniformes, prêmios de seguro, taxas, inclusive de administração, emolumentos e quaisquer despesas operacionais, bem como todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, despesas e obrigações financeiras de qualquer natureza e outras despesas, diretas e indiretas, enfim, todos os componentes de custo dos serviços, inclusive lucro, necessários à perfeita execução do objeto deste Credenciamento.

Declaramos que estamos cientes e que concordamos com as condições e exigências contidas no Edital e seus Anexos.

Declaramos que o prazo de validade da nossa proposta é de **60 (sessenta) dias**, contados da data de apresentação.

Local/Data .....

Dados Bancários:

Banco

Agência nº

Conta Corrente nº

Dados do representante legal da empresa para fins de assinatura do Contrato:

Nome:

RG:

CPF:

Cargo/Função:



---

Dados da testemunha por parte da empresa CREDENCIADA

Nome:

RG:

CPF:

Identificação e assinatura do responsável sob carimbo

OBSERVAÇÃO:

A proposta deve ser datada, assinada e rubricada em todas as suas folhas pelo representante legal da empresa ou por seu procurador.

O modelo de proposta deste Anexo tem por objetivo facilitar o trabalho das empresas interessadas.



## ANEXO VI

### MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PESSOA JURIDICA – AMBULATORIAL

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_\_/2022

PROCESSO Nº 51.232/2022-79

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2022

***TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS de HOME CARE AOS BENEFICIÁRIOS DA CAPEP-SAÚDE QUE ENTRE SI FIRMAM A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE E \_\_\_\_\_, NA FORMA ABAIXO TRANSCRITA.***

Pelo presente instrumento, de um lado **CAPEP-SAÚDE**, doravante simplesmente denominada **CRENCIANTE**, inscrita no CNPJ-MF sob o nº 58.197.948/0001-69, com sede na Avenida Francisco Glicério, nº 479 - Bairro do José Menino, em Santos, Estado de SAO PAULO, neste ato representada por sua Presidente, GILVANIA KARLA NUNES BELTRAO ALVARES, e de outro lado a empresa \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - S.P., inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, doravante denominada simplesmente **CRENCIADA**, neste ato representada por \_\_\_\_\_, resolvem firmar o presente TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, que se regerá pelas cláusulas e condições abaixo estipuladas, pela Lei Municipal nº 2.232/60 alterada pelas Leis nº 2.635/09 e 771/12, pelo Decreto Municipal nº 8.337/19 e no que couber pelas regras contidas na Lei nº 14.133/21 e suas alterações posteriores, vinculado ao Edital de Credenciamento **009/2022**, Processo nº **51.232/2022-79** e à Solicitação de Credenciamento.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO** - O objeto do presente termo é o credenciamento de pessoas jurídicas para a Prestação de Serviços de **HOME CARE** aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na CAPEP-SAÚDE.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA** - O responsável técnico pela execução dos serviços objeto deste termo, referidos na Cláusula Primeira, será o Dr. \_\_\_\_\_, (NACIONALIDADE), (PROFISSÃO), Conselho Regional de (CLASSE e NÚMERO), inscrito no CPF sob o nº (NÚMERO).

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A mudança do responsável técnico deverá ser comunicada ao CRENCIANTE, a fim de que seja processada a devida alteração cadastral, após a análise da documentação referente à qualificação técnica do novo profissional. No caso de o profissional não cumprir as exigências de qualificação técnica, a alteração não será aceita e o termo de credenciamento deverá ser rescindido.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO** - Para a execução do objeto deste Termo, o CRENCIADO compromete-se a:

I. Prestar atendimento aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, sempre que encaminhados pela CREDENCIANTE, cumprindo todas as regras, normas e procedimentos operacionais, dos quais ora toma ciência.

II. Adequar-se às normas previstas na legislação vigente.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Os serviços prestados pelo CREDENCIADO deverão atender às necessidades da CREDENCIANTE, que encaminhará aos seus assistidos, devendo-se observar o seguinte:

I. Os atendimentos nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) serão feitos sob autorização prévia via sistema da CAPEP-SAÚDE.

II. Os beneficiários da CREDENCIANTE, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação podem ser discriminados ou atendidos de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

III. Os atendimentos devem ser realizados de forma a atender às necessidades da CREDENCIANTE.

IV. Os serviços, objeto deste termo, serão prestados diretamente por profissionais de saúde do CREDENCIADO, sendo eles: membros do corpo clínico; profissionais que tenham vínculo de emprego com o CREDENCIADO; e profissionais autônomos que, eventual ou permanentemente, prestam serviços ao CREDENCIADO;

V. É vedada a cobrança por serviços médicos, doações em dinheiro ou fornecimento de material para exames e medicamentos, sejam nos atendimentos hospitalares, ambulatoriais ou outros complementares da assistência aos beneficiários da CREDENCIANTE, nas situações em que ocorrer divergências de entendimento nas liberações de procedimentos, despesas e OPMEs não poderá haver cobrança do beneficiário, a solução deverá ocorrer entre a CREDENCIANTE e o CREDENCIADO;

VI. Na execução do objeto deste termo de credenciamento, o CREDENCIADO reconhece a prerrogativa de controle, regulação, avaliação e de auditoria da CREDENCIANTE, bem como, suas regras específicas para prestação de serviços de saúde e **excluídas** as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, as quais não se aplicam a este termo de credenciamento, em face da natureza jurídica da CREDENCIANTE;

VII. É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução do objeto deste termo de credenciamento, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para a CREDENCIANTE;

VIII. O CREDENCIADO não deve utilizar nem permitir que terceiros utilizem o beneficiário da CREDENCIANTE para fins de experimentação;

IX. O CREDENCIADO deve garantir a segurança e privacidade dos dados e informações relativas aos beneficiários da CREDENCIANTE, ressalvadas as exceções previstas em lei ou por decisão judicial;

- X. O CREDENCIADO deverá esclarecer aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- XI. O CREDENCIADO deverá informar sua produção assistencial em relação aos beneficiários da CREDENCIANTE, disponibilizando a esta os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional;
- XII. O CREDENCIADO facilitará à CREDENCIANTE o acesso para fins de controle permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos funcionários da CREDENCIANTE designados para tal fim.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E EXTENSÃO DE CREDENCIAMENTO - O**

CREDENCIADO se compromete a prestar exclusivamente os serviços descritos no Anexo I - Caderno de Serviços e Especialidades, deste termo de credenciamento, atendendo a todas as suas cláusulas.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Compete ao CREDENCIADO estabelecer os locais e horários de atendimento aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, desde que respeitado o que está previsto no parágrafo anterior.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O CREDENCIADO se compromete a prestar atendimento aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE dentro dos conceitos de ética profissional e dos padrões e normas relativas às especialidades/serviços objeto deste termo.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** O CREDENCIADO, dentro das especialidades/serviços deste termo, se compromete a ter disponibilidade para atendimento dos serviços contratados, de forma a atender as necessidades da CREDENCIANTE. Não poderá exigir do beneficiário qualquer tipo de caução, seja em cheque ou em qualquer outro título ou cédula pignoratícia.

**PARÁGRAFO QUARTO:** A CREDENCIANTE não se responsabiliza pelo pagamento das despesas decorrentes do atendimento indevido ou fora dos parâmetros previstos neste Instrumento.

**CLÁUSULA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES -** A responsabilidade técnica pelos serviços prestados decorrentes do presente termo de credenciamento é exclusiva do CREDENCIADO, regendo-se por toda a legislação pertinente à sua atividade;

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O presente termo de credenciamento não confere à CREDENCIANTE qualquer ingerência, competência ou responsabilidade na gestão administrativa, técnica, financeira, contábil ou fiscal do CREDENCIADO.

**CLÁUSULA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO -** O CREDENCIADO é responsável pela indenização de dano causado ao beneficiário da CAPEP-SAÚDE, a terceiros a ele vinculado e à CREDENCIANTE, decorrentes de ação ou omissão voluntária ou de negligência, imperícia ou imprudência praticada por seus profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CREDENCIANTE o direito de regresso.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** O controle e o acompanhamento da execução deste termo de credenciamento pela CREDENCIANTE, não exclui e nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO nos termos da legislação aplicável.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A responsabilidade de que trata esta cláusula se estende aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos termos estritos da legislação referente a responsabilidade civil e, subsidiariamente, da Lei nº 14.133/21.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Nos casos em que a CREDENCIANTE for compelida a pagar aos seus beneficiários qualquer quantia a título de indenização, por irregularidades no atendimento prestado, decorrentes de culpa ou dolo do CREDENCIADO, terá a CREDENCIANTE o direito de reaver do CREDENCIADO a quantia paga, utilizando-se dos meios administrativos cabíveis, em faturas futuras ou ainda via regresso ou em última instância, via judicial.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS** - A execução dos serviços objeto deste termo, referidos na Cláusula Primeira, serão executados pelo CREDENCIADO, no endereço dos beneficiários atendidos pelo serviço nas seguintes localidades:

**(CIDADES e ZONAS (MORRO, ÁREA CONTINENTAL E INSULAR))**

**CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE** - A CREDENCIANTE fica obrigada a:

- I. Dar conhecimento aos beneficiários das obrigações e responsabilidades que lhe cabem acerca dos serviços deste instrumento;
- II. Orientar o CREDENCIADO quanto às normas e procedimentos da CAPEP-SAÚDE, para melhor desempenho de suas funções, mantendo-o tempestivamente atualizado sobre possíveis alterações;
- III. Oferecer ao CREDENCIADO treinamento para utilização do Sistema Informatizado da CAPEP-SAÚDE em local e horário agendado pela CREDENCIANTE.
- IV. Efetuar os pagamentos mediante a apresentação das notas fiscais/faturas emitidas pelo CREDENCIADO, devidamente atestadas pela unidade competente da CAPEP-SAÚDE, observadas as condições estabelecidas nesse termo de credenciamento;
- V. Fiscalizar o exato cumprimento das cláusulas e condições credenciadas, registrando as deficiências porventura existentes, devendo comunicá-las por escrito ao CREDENCIADO para correção das irregularidades apontadas;
- VI. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelo CREDENCIADO;
- VII. Zelar para que o CREDENCIADO atenda aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, dentro das normas impostas pelo exercício da profissão;
- VIII. Interagir paritariamente com o pessoal do CREDENCIADO;

- IX. Estabelecer o fluxo de atendimento, a documentação comprobatória da realização de procedimentos, o local e a forma de apresentação das faturas referentes aos atendimentos prestados pelo CREDENCIADO;
- X. Vistoriar, sempre que necessário, as instalações do CREDENCIADO para verificar a manutenção das condições básicas existentes à época da solicitação de credenciamento.
- XI. Informar através de e-mail o fechamento da fatura, para emissão da nota.

**CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO** - Além das obrigações expressamente previstas neste termo de credenciamento e de outras decorrentes da natureza do ajuste, o CREDENCIADO se obriga a:

- I. Manter, durante todo o período de vigência do termo de credenciamento, todas as condições de habilitação jurídicas, técnicas, regularidade fiscal e financeira, conforme art. 92 e inciso XVI da Lei Federal 14.133/21, que ensejaram seu credenciamento;
- II. Atender aos beneficiários da CREDENCIANTE de acordo com os serviços e procedimentos cobertos pela CREDENCIANTE;
- III. O CREDENCIADO deverá informar à CREDENCIANTE, sempre que requisitado, dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, observando as questões éticas e o sigilo profissional;
- IV. O CREDENCIADO não poderá delegar ou transferir a terceiros a prestação de serviços ora pactuados, sem autorização expressa da CREDENCIANTE;
- V. Comunicar à CREDENCIANTE, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, qualquer alteração no Contrato Social, endereço, telefone, e-mail, corpo clínico etc., habilitado para prestação dos serviços. Esse prazo é contado da data da alteração, sob pena de serem aplicadas as sanções previstas neste termo de credenciamento, bem como na Lei 14.133/21 e alterações posteriores;
- VI. O CREDENCIADO deverá comunicar, por escrito, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a CREDENCIANTE todo e qualquer evento que venha a inviabilizar a continuidade, temporária ou definitivamente, da execução da prestação do serviço, sob pena de serem aplicadas as sanções previstas neste termo de credenciamento, bem como na Lei 14.133/21 e alterações posteriores;
- VII. Interagir paritariamente com o pessoal da CREDENCIANTE;
- VIII. Executar todos os procedimentos necessários à prestação da assistência de que trata este termo de credenciamento, no atendimento com segurança e o máximo de qualidade;
- IX. Encaminhar as faturas mensais dos serviços prestados à CREDENCIANTE, referente a competência de produção do período de 01 a 31 do mês (período de 30 dias), até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente aos atendimentos;

- X. Prestar os esclarecimentos por escrito e com antecedência à CREDENCIANTE, sobre qualquer tipo de alteração, que interfiram neste termo de credenciamento;
- XI. Exigir dos beneficiários da CREDENCIANTE a apresentação da Carteira de Identificação de Beneficiário e do Documento de Identificação com foto no momento do atendimento.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO DESCRENCIAMENTO** - O CREDENCIADO poderá, desde que não prejudique a saúde dos beneficiários da CAPEP-SAÚDE, solicitar formalmente o descredenciamento, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias corridos, período em que será mantido o atendimento aos pacientes da CREDENCIANTE, observado o Parágrafo Sexto desta cláusula.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Deverão ser concluídos pelo CREDENCIADO os tratamentos em curso, salvo nos casos de expressa manifestação técnica ou administrativa da CREDENCIANTE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A CREDENCIANTE poderá, em se verificando o descumprimento de normas estabelecidas neste termo de credenciamento, interromper temporariamente a sua execução até decisão exarada em processo administrativo sumário próprio que, observados o contraditório e a ampla defesa, comprovada a culpa ou dolo, decidirá pelo descredenciamento do CREDENCIADO.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Caso o CREDENCIADO esteja em processo de apuração de irregularidades na prestação de seus serviços, a CREDENCIANTE poderá suspender a execução da prestação de serviços enquanto não concluído o processo de apuração de responsabilidade.

**PARÁGRAFO QUARTO:** O descredenciamento unilateral poderá ser determinado por:

- I. Motivos previstos no artigo 137 da Lei 14.133/21;
- II. Reincidência na cobrança de serviços não executados ou executados irregularmente, devidamente comprovada;
- III. Ação de comprovada má-fé, dolo ou fraude, causando prejuízos à CREDENCIANTE ou aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE;
- IV. Deixar de atender aos beneficiários alegando atraso no recebimento dos valores já faturados;
- V. Identificação de ocorrência de fraude, simulação, infração às normas sanitárias ou fiscais, ou ainda, descumprimento das exigências e instruções constantes no Edital, na sua proposta ou neste termo de credenciamento;
- VI. Reclamações fundamentadas e recorrentes quanto ao atendimento prestados aos beneficiários da CAPEP-SAÚDE;
- VII. A negativa imotivada de atendimento aos beneficiários, sem prévia notificação à CREDENCIANTE;

**PARÁGRAFO QUINTO:** O descredenciamento não eximirá o CREDENCIADO das garantias assumidas em relação aos serviços executados e de outras responsabilidades que legalmente lhe possam ser imputadas.

**PARÁGRAFO SEXTO:** Nas hipóteses previstas na presente cláusula não cabe ao CREDENCIADO o direito de indenização de qualquer natureza, ressalvando-se a obrigação da CREDENCIANTE em pagar pelos serviços prestados até a data da rescisão.

**PARÁGRAFO SÉTIMO:** o CREDENCIADO deverá manter os beneficiários que se encontrem em tratamento, até que a CAPEP-SAÚDE autorize, por escrito, a sua alta ou transferência para outro local de atendimento;

**PARÁGRAFO OITAVO:** Na hipótese de notificação para rescisão do presente termo de credenciamento o CREDENCIADO se obriga a identificar e informar por escrito à CREDENCIANTE os seus beneficiários que se encontrem em tratamento continuado, que necessitem de atenção especial e que não possam sofrer descontinuidade no tratamento sem prejuízo para a saúde do beneficiário.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES** - Pela inexecução total ou parcial do objeto deste termo, a CREDENCIANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao CREDENCIADO as seguintes sanções:

- I. Advertência;
- II. Multa, nos seguintes termos:
  - a) Multa de 5% (cinco por cento) do valor correspondente à média de faturamentos dos últimos 12 (doze) meses anteriores ao mês da ocorrência, sobre qualquer infração contratual, desde que tal aplicação seja precedida de processo administrativo, observado o contraditório e a ampla defesa;
  - b) As multas que venham a ser aplicadas ao CREDENCIADO serão recolhidas no local indicado pela CREDENCIANTE, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação escrita.
  - c) A multa prevista neste termo de credenciamento poderá ser descontada dos pagamentos devidos ao CREDENCIADO.
  - d) Não serão aplicadas multas decorrentes de casos fortuitos ou de força maior, devidamente comprovados.
- III. Suspensão temporária e impedimento de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- IV. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o CREDENCIADO ressarcir à CREDENCIANTE pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.
- V. Descredenciamento;

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Advertência, suspensão ou declaração de inidoneidade, podem ser aplicadas sem prejuízo das multas previstas neste termo de credenciamento e das demais cominações legais.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A CREDENCIANTE, sem prejuízo das sanções aplicadas, poderá reter crédito, promover cobrança judicial ou extrajudicial, a fim de receber multas aplicadas e resguardar-se das perdas e danos que tiver sofrido por culpa do CREDENCIADO.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Incorrendo o CREDENCIADO em qualquer ato de obstrução ao trabalho de auditoria ficará assegurado à CAPEP-SAÚDE:

- I. Reter todos os pagamentos efetivamente devidos, até a conclusão da auditoria;
- II. Descontar nos futuros pagamentos as importâncias já pagas, até o montante das contas que estejam sob suspeição, desde já autorizado pelo credenciado.
- III. Ficando comprovada a ocorrência ou a tentativa de fraude ou dolo por parte do CREDENCIADO da qual resultou, resulte, resultaria, ou venha a resultar qualquer tipo de prejuízo à CREDENCIANTE, ficará o presente Termo rescindido de pleno direito, independente de notificação judicial ou extra judicial, estabelecendo-se desde já a obrigatoriedade do ressarcimento dos prejuízos causados e multa contratual correspondente a 10 (dez) vezes o valor resultante do somatório das faturas apresentadas no mês imediatamente anterior ao evento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

A CREDENCIANTE pagará, por serviço, por beneficiário, ao CREDENCIADO pelos serviços efetivamente prestados, conforme tabela da CAPEP-SAÚDE, de acordo com a necessidade desta Assistência à Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** As despesas com o presente termo de credenciamento correrão por conta da seguinte Dotação Orçamentária: 03.33.10.04.122.0091.2510.3.3.90.39.00 - Fonte de Recursos 04 e nota de empenho nº \_\_\_\_\_ emitida em \_\_\_\_\_ .

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Será obedecido o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações próprias do orçamento da CAPEPSAÚDE.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO PAGAMENTO** - O CREDENCIADO deverá entregar as Notas Fiscais/Fatura na sede da AUTARQUIA para fins de receber o pagamento pelos serviços prestados.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** O CREDENCIADO terá os seguintes prazos para apresentação da fatura/nota fiscal, e dos demais documentos comprobatórios da execução dos serviços, inclusive registro eletrônico da respectiva guia correspondente ao atendimento:

- I. Até 90 (noventa) dias, contados do atendimento prestado.
- II. Findo o prazo de 90 (noventa) dias, será considerada inapta para pagamento qualquer fatura apresentada.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** As faturas apresentadas pelo CREDENCIADO referentes aos serviços prestados serão submetidas à revisão técnica e à auditoria da CREDENCIANTE, cabendo-lhe a emissão de glosas, parcial ou total, sob evidência objetiva de irregularidade.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** As faturas apresentadas pelo CREDENCIADO até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao final da competência serão quitadas pela CREDENCIANTE até o último dia do mês subsequente à apresentação da fatura, após o atesto pelo departamento competente da CAPEP-SAÚDE;

**PARÁGRAFO QUARTO:** À CREDENCIANTE reserva-se o direito de, observadas as normas complementares que tratam da matéria e em casos específicos, realizar auditoria extraordinária.

**PARÁGRAFO QUINTO:** É vedada ao CREDENCIADO a cessão dos créditos porventura devidos pela CREDENCIANTE a terceiros estranhos ao termo de credenciamento.

**PARÁGRAFO SEXTO:** Os documentos correspondentes à prestação dos serviços não poderão conter quaisquer tipos de rasuras.

**PARÁGRAFO SÉTIMO:** O pagamento deverá ser realizado através de crédito em conta corrente informada pelo CREDENCIADO. A conta deverá ser em nome da pessoa jurídica que está se credenciando.

**PARÁGRAFO OITAVO:** Qualquer alteração nos dados bancários deverá ser comunicada à CREDENCIANTE, por meio de carta assinada pelo responsável legal, ficando sob inteira responsabilidade do CREDENCIADO os prejuízos decorrentes de pagamento não recebidos devido à falta de informação.

**PARÁGRAFO NONO:** A CREDENCIANTE efetuará as retenções dos tributos incidentes no faturamento, de acordo com a legislação vigente.

**PARÁGRAFO DÉCIMO:** O CNPJ a ser mencionado na Nota Fiscal/Fatura deverá ser o mesmo que o CREDENCIADO utilizou no presente Termo.

**PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO:** Não será permitida cobrança de quaisquer títulos pela rede bancária. A CREDENCIANTE não acatará, sob hipótese alguma, que descontos ou procedimentos de cobrança de qualquer título sejam efetuados por intermédio de instituição financeira.

**PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO:** Fica expressamente vedada a antecipação no todo ou em parte de qualquer valor relativo à execução da prestação de serviço.

**PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO:** Na hipótese de haver, na fatura, algum item ou valor que contenha divergência, o CREDENCIADO deverá apresentar ao CREDENCIANTE, recurso, obedecendo todas as normas e protocolos constantes do Manual de Recurso de Glosa da CAPEP-SAÚDE, bem como suas alterações. O Manual encontra-se publicado no site da CAPEPSAÚDE, do qual o CREDENCIADO ora toma ciência.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO REAJUSTE** - Constitui condição de credenciamento o expresse aceite dos valores da CAPEP-SAÚDE.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Os valores poderão sofrer reajustes, mediante disponibilidade orçamentária, desde que venha a ser homologado pelo Conselho de Administração da

CAPEPSAÚDE, limitado ao índice do dissídio concedido aos Servidores Públicos Municipais de Santos no ano corrente.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A vigência dos valores da CAPEP-SAÚDE terá prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser reajustados após esse prazo obedecendo o estabelecido no parágrafo anterior.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS AUDITORIAS** - Fica reservado à CREDENCIANTE, ou através de terceiro legalmente contratado por ela, o direito de realizar perícias médicas, auditoria técnica e administrativa, exames e inspeções, com o objetivo de fiscalizar os serviços prestados pelo CREDENCIADO, inclusive podendo solicitar documentos fiscais para fins exclusivos de averiguação.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** À CREDENCIANTE reserva-se o direito de realizar auditoria prévia ou posterior ao pagamento, de glosar da fatura apresentada ou de descontar nos futuros pagamentos todos os valores que estiverem em desacordo com o ora pactuado, ou em desacordo com a prática médica, efetuando glosas administrativas e/ou glosas técnicas.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Para a realização da auditoria, o CREDENCIADO compromete-se a anexar às contas todos os documentos definidos no termo de credenciamento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Fica desde já determinado que a substituição de documentos originais por cópias fotostáticas, digitalizadas, segundas vias ou qualquer outro meio de apresentação, dependem de expressa concordância da CREDENCIANTE, responsabilizando-se o CREDENCIADO pela autenticidade das mesmas.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Na hipótese de aceitação expressa e específica da CREDENCIANTE para que documentos originais sejam substituídos por qualquer tipo de cópia, fica desde já assegurado à CREDENCIANTE a realização de auditoria nos documentos apresentados, podendo a mesma a qualquer tempo, exigir a apresentação dos documentos originais.

**PARÁGRAFO QUINTO:** Na hipótese de ocorrerem divergências entre os documentos originais e as cópias apresentadas, fica desde já determinada a nulidade da conta ou fatura apresentada, isentando-se a CREDENCIANTE do pagamento da mesma, além da aplicação das penalidades previstas na CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES.

**PARÁGRAFO SEXTO:** O CREDENCIADO apresentará quaisquer outros documentos que venham a ser solicitados pela auditoria da CREDENCIANTE, desde que relacionados ao objeto do presente termo de credenciamento.

**PARÁGRAFO SÉTIMO:** O CREDENCIADO autoriza desde já o acesso às suas instalações para os profissionais indicados pela CREDENCIANTE, com a finalidade de exercerem atividade de auditoria, sem restrição e sem comunicação prévia, limitando a auditoria ao objeto do presente termo de credenciamento, nos seguintes moldes:

- I. Identificação do beneficiário junto ao setor de admissão do CREDENCIADO onde estiver assistindo;
- II. Análise do prontuário médico e demais registros clínicos;

- III. Visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-se com o prontuário médico e com os demais registros clínicos, quando necessário, conforme autorização do paciente ou pelo seu responsável.
- IV. Discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA PREVENÇÃO E COMBATE À FRAUDE E CORRUPÇÃO** - O CREDENCIADO e a CREDENCIANTE devem observar e fazer observar o mais alto padrão de ética durante todo o processo de credenciamento e de execução do objeto deste Termo.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Para os propósitos desta cláusula, definem-se as seguintes práticas:

- I. Prática corrupta: oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de execução do termo de credenciamento;
- II. Prática fraudulenta: a falsificação ou omissão dos fatos, com o objetivo de influenciar o processo de execução do termo de credenciamento;
- III. Prática coercitiva: causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar ou afetar a execução do termo de credenciamento.
- IV. Prática obstrutiva: (1) destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos servidores ou agentes da CREDENCIANTE, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista acima; (2) atos cuja intenção seja impedir materialmente o exercício do direito da CREDENCIANTE promover inspeção.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**

- I. A Gestão do Termo de Credenciamento ficará sob a responsabilidade do Departamento de Assistência à Saúde e Auditoria (DEASA) da CAPEP-SAÚDE ou Seção por este designada, ficando este responsável por notificar quando os serviços forem prestados em desacordo com o **CREDENCIADO**, bem como dirimir e desembaraçar quaisquer dúvidas e pendências que surgirem, determinando o que for necessário à regularização das faltas, dos problemas ou dos defeitos observados.
- II. A Fiscalização do Termo de Credenciamento ficará sob a responsabilidade do Departamento de Assistência à Saúde e Auditoria (DEASA) da CAPEP-SAÚDE ou Seção por este designada, ao qual compete acompanhar, fiscalizar, conferir e avaliar a execução dos serviços.
- III. Os representantes da CREDENCIANTE podem sustar qualquer trabalho que esteja sendo executado em desacordo com o especificado, sempre que essa medida se tornar necessária.
- IV. A atestação de conformidade do(s) serviço(s) prestado(s) cabe ao Gestor do Termo de Credenciamento.

- V. As decisões e as providências que ultrapassarem a competência da gestão serão encaminhadas à autoridade competente da CREDENCIANTE para adoção das medidas convenientes, consoante o disposto no art. 117, da Lei nº 14.133/21.
- VI. Os fiscais deste Termo de Credenciamento, de tudo darão ciência à CREDENCIANTE, conforme determina o art. 117, da Lei nº 14.133/21, e suas alterações.
- VII. A presença da Fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da CREDENCIADA, inclusive perante terceiros por qualquer irregularidade, ou ainda, resultante de imperfeições técnicas, e na ocorrência desses fatores, não implica corresponsabilidade da CREDENCIANTE.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DISPOSIÇÕES GERAIS** - As partes desde já ajustam que não existirá para a CREDENCIANTE qualquer solidariedade quanto às obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os empregados do CREDENCIADO, cabendo a este assumir, de forma exclusiva, todos os ônus advindos da relação empregatícia.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** O CREDENCIADO deverá apresentar, **sempre que solicitado pela CREDENCIANTE**, todas as certidões negativas de débito (federal, estadual, municipal, INSS, FGTS, CNDT e outras, caso necessário), bem como certidão do corpo de bombeiro, licença municipal de funcionamento, licença da vigilância sanitária, e algum outro documento que tenha sido alterado ou vencido dos apresentados à época do credenciamento. A não apresentação destes documentos poderá acarretar a suspensão dos serviços do presente instrumento, e/ou ainda suspensão da emissão de senhas de autorização ao atendimento ao beneficiário da CAPEPSAÚDE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Os casos de Fusão, Cisão ou Incorporação da empresa CREDENCIADA, serão analisados pela CREDENCIANTE, que poderá permitir a continuidade da prestação dos serviços pela nova empresa, desde que esta cumpra todos os requisitos de habilitação previstos no Edital de Credenciamento que originou este termo de credenciamento e também mantenha todas as condições estabelecidas no termo de credenciamento original.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Os procedimentos que não estejam relacionados no Anexo I deste termo de credenciamento, bem como aqueles considerados “não éticos” pelos respectivos Conselhos, não serão pagos pela CREDENCIANTE.

**PARÁGRAFO QUARTO:** O período de vigência deste Termo de Credenciamento será de 60 (sessenta) meses contados a partir da data de assinatura do Termo de Credenciamento, com eficácia legal após a publicação do seu extrato no Diário Oficial de Santos.

**CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DOS INSTRUMENTOS QUE INTEGRAM O TERMO DE CREDENCIAMENTO** - Constituem instrumentos integrantes do presente Termo de Credenciamento, independentemente de transcrição e juntada:

- 1) Edital de Credenciamento;
- 2) Tabela de Valores da CAPEP-SAÚDE;
- 3) Anexo I - Caderno de Serviços e Especialidades;
- 4) Anexo IV – Normas Específicas;
- 5) Anexo V – Proposta de Credenciamento.



---

**CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO FORO** - As partes elegem o foro da Comarca de Santos/SP, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões suscitadas na interpretação deste Termo de Credenciamento, seus anexos e demais atos deles decorrentes.

Aplicar-se-á à execução deste Termo de Credenciamento, especialmente e nos casos omissos, a Lei Federal nº 14.133/21, Código Civil Brasileiro em sua versão atual e a Lei nº 13.709/18 com posteriores alterações.

E por estarem justas e de pleno acordo com as cláusulas e condições ora pactuadas, as partes firmam o presente instrumento contratual em 03 (três) vias de igual teor e forma para um só efeito legal.

Santos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Presidente da CAPEP-SAÚDE

---

CRENCIADA