



MINISTÉRIO DA DEFESA
SECRETARIA-GERAL
SECRETARIA DE PESSOAL, SAÚDE, DESPORTO E PROJETOS SOCIAIS
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

ANEXO B

MANUAL DE RELACIONAMENTO DO HFA COM AS CREDENCIADAS

I - OBJETIVO

1. Este manual é parte integrante do Edital de Credenciamento e tem por objetivo normatizar a prestação de serviços de assistência à saúde, em caráter suplementar e complementar, aos servidores civis, ativos e inativos, pertencentes ao quadro de pessoal da Administração Central do Ministério da Defesa (ACMD), do Hospital das Forças Armadas (HFA) e da Escola Superior de Defesa (ESD), aos seus dependentes e pensionistas, bem como aos empregados públicos em exercício no HFA e seus dependentes.

2. **Descrição do plano ofertado.** A assistência à saúde, em caráter suplementar e complementar, dos servidores civis, ativos e inativos, pertencentes ao quadro de pessoal da Administração Central do Ministério da Defesa (ACMD), do Hospital das Forças Armadas (HFA) e da Escola Superior de Defesa (ESD), aos seus dependentes e pensionistas, bem como dos empregados públicos em exercício no HFA e seus dependentes é prestada mediante plano único com as seguintes características:

- Plano coletivo custeado com recursos provenientes do Ministério da Defesa;
- Abrangência geográfica somente no Distrito Federal;
- Cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, limitada ao Rol de Procedimento e Eventos em Saúde editado pela ANS (Agência Nacional de Saúde) e vigente à data do evento;
- Acomodação padrão enfermaria.

3. Aplicam-se ao presente Manual, independente de transcrição, as disposições emanadas de quaisquer órgãos reguladores que se apliquem à assistência à saúde do servidor público federal, tais como, mas não se limitando a: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Conselhos de Classe Profissionais, órgãos regulamentadores da assistência à saúde do servidor civil federal e dos empregados públicos do HFA, entre outros.

II. DO CREDENCIAMENTO

1. Durante o processo de proposição, negociação e assinatura do Termo de Credenciamento, as informações pertinentes foram colhidas e registradas. Entretanto, a fim de evitar retardo no processo de autorização, auditoria e pagamento, as informações referentes aos prestadores de serviço devem estar permanentemente atualizadas. Assim, quaisquer alterações nas condições do prestador ou da prestação do serviço deverão ser tempestivamente comunicadas ao HFA.

2. **Dados cadastrais.** Qualquer alteração nos dados cadastrais do prestador deverá ser comunicada à Seção de Credenciamento através do e-mail credenciamento@hfa.mil.br, acompanhada da documentação comprobatória, quando for o caso. Considera-se informação cadastral todo e qualquer dado que não tenha caráter técnico nem trate de valores de remuneração, como por exemplo, mas não limitado a:

- endereço (de atendimento ou da sede administrativa);
- dados de contato, seja para marcação, seja para contato administrativo;
- troca de responsável técnico etc.

3. **Alteração do corpo clínico.** A entrada ou saída de profissionais do corpo clínico do CREDENCIADO ou a mudança de qualificação de um ou mais profissionais deverá ser comunicada mediante encaminhamento da documentação prevista no item 4 do Edital de Credenciamento

O HFA não se responsabiliza pelo pagamento de qualquer serviço ou atendimento realizado por profissional que não esteja cadastrado como membro do corpo clínico do prestador, exceto no caso de hospitais com corpo clínico aberto caso essa informação conste de sua carta proposta.

4. Revisão de especialidades e/ou de procedimentos contratados. A existência de um Termo de Credenciamento obriga as partes apenas pelo que foi ali acordado. **A cobrança de procedimentos não constantes do contrato vigente será objeto de glosa.** A disponibilização, oferta e solicitação de credenciamento de novas especialidades e procedimentos pelo prestador de serviço não obriga o HFA à extensão imediata de credenciamento.

4.1. Todas as solicitações de inclusão de novas especialidades e procedimentos serão analisadas pela área técnica responsável, mediante solicitação por escrito do CREDENCIADO, encaminhada à Seção de Credenciamento e acompanhada de toda a documentação necessária prevista no Edital de Credenciamento (corpo clínico, instalações, equipamentos etc.), conforme cada caso, podendo inclusive ser necessária vistoria adicional para homologação das informações prestadas.

4.2. As solicitações de exclusão de especialidade ou procedimento deverão ser encaminhadas à Seção de Credenciamentos e poderão estar sujeitas aos prazos antecipatórios previstos no Edital de Credenciamento.

5. DO ATENDIMENTO

5.1. Todos os atendimentos prestados aos beneficiários do HFA seguirão as regras previstas no Padrão TISS (Troca de Informações da Saúde Suplementar).

5.2. O prestador de serviço deve atender aos beneficiários do HFA sem nenhuma distinção em relação a qualquer outro atendimento realizado em suas dependências, inclusive quanto a oferta de vagas, prazo para atendimento e tempo de espera.

5.3. Para que o processo de atendimento transcorra de forma eficaz e o pagamento não sofra glosa, alguns cuidados devem ser adotados, conforme os itens abaixo detalhados.

5.4. **Encaminhamento e identificação do beneficiário.** Todo e qualquer atendimento somente poderá ser prestado mediante apresentação, pelo paciente, da Guia de Autorização e Encaminhamento emitida pelo HFA, dentro do prazo de validade. As guias serão emitidas conforme padrão TISS.

5.5. Excepcionalmente no caso de atendimento em pronto-socorro, poderá ser aceita a guia de PS conforme modelo abaixo, ou o cartão de atendimento da criança ou da gestante, conforme modelos abaixo, todos eles dentro do prazo de validade. A guia de PS tem validade para atendimento exclusivamente na data de sua emissão.

5.5.1. O cartão de atendimento da criança autoriza única e exclusivamente o atendimento pediátrico em PS. Qualquer outra especialidade ou procedimentos não inerentes ao atendimento na especialidade de Pediatria, bem como a internação (pediátrica ou não), deverão ser objeto de autorização mediante guia. Da mesma forma, o cartão de atendimento da gestante autoriza única e exclusivamente o atendimento obstétrico em PS. Qualquer outra especialidade ou procedimentos não inerentes ao atendimento na especialidade de Obstetrícia, bem como a internação (obstétrica ou não), deverão ser objeto de autorização mediante guia.

Modelo da Guia de Encaminhamento de PS:



MINISTÉRIO DA DEFESA
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
ESTRADA CONTORNO DO BOSQUE S/Nº - SUDOESTE
CEP: 70673-900 - BRASÍLIA/DF
FONE: (61) 3966-2555



Cab.:596

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

CPF: _____

IDADE: _____

SEXO: _____

DATA NASC: _____

CONVÊNIO: MD

PLANO: HFA - FUNCIONARIOS

Encaminho o paciente acima para atendimento de urgência na especialidade:

Hipótese diagnóstica:

Prestador: _____

Caso se constate a necessidade de internação ou cirurgia, será necessária obtenção da guia adequada assim que possível.

Brasília/DF, __/__/__

(Nome do médico encaminhador) CRMDF _____

Modelo do Cartão da Criança

MINISTÉRIO DA DEFESA
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS



ATENDIMENTO PEDIÁTRICO
(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

TITULAR:
NOME DO TITULAR

MATRÍCULA SIAPE:

IDENTIDADE: 00000 - SSP/DF

DEPENDENTE (S):

Prazo de Validade: 30/06/2023

Chefe da Subdivisão de Pessoal Civil

Modelo do Cartão da Gestante

MINISTÉRIO DA DEFESA
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS



ATENDIMENTO OBSTÉTRICO
(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

NOME:
NOME DO TITULAR

MATRÍCULA SIAPE:

CPF: 000.000.000-00

Prazo de Validade: 21/02/2023

Chefe da Subdivisão de Pessoal Civil

5.5.2. Em quaisquer dos casos, é obrigação do credenciado conferir não só a validade dos documentos, como também a identidade do paciente mediante documento oficial com foto.

5.5.3. Qualquer atendimento prestado em desacordo com essas regras será passível de glosa.

6. DA AUTORIZAÇÃO

6.1. A emissão da guia de autorização constitui mera expectativa de custeio, mas não representa compromisso de pagamento. O efetivo pagamento está condicionado à comprovação de realização do procedimento e a análise da conta será realizada com base em critérios técnicos, legais e contratuais.

6.2. Autorização de exames, procedimentos e internação.

6.2.1. As autorizações prévias poderão ser solicitadas tanto pelo beneficiário quanto pelo prestador. Na emissão da autorização, o HFA avaliará os seguintes itens:

- a elegibilidade do beneficiário para o atendimento;
- a habilitação do prestador para executar o procedimento solicitado e
- a cobertura do procedimento solicitado.

6.2.2. O prestador deverá enviar, junto ao pedido de autorização, todos os documentos necessários à comprovação da indicação do procedimento e da necessidade de sua execução. Caso haja alguma dúvida, o prestador poderá ser acionado para que esta seja sanada.

6.2.3. O prestador deverá lançar a solicitação diretamente no sistema através do portal disponibilizado, anexando toda a documentação pertinente em formato PDF. Após análise e liberação, as guias ficarão disponíveis no mesmo endereço para impressão pela OCS.

6.2.4. O prazo para liberação das guias é:

Procedimento	Prazo para autorização (em dias úteis)
Consulta nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia)	7 dias úteis
Consulta nas demais especialidades	14 dias úteis
Exames laboratoriais	3 dias úteis
Demais exames e serviços diagnósticos	10 dias úteis
Consultas / sessões com profissionais não médicos	10 dias úteis
Internações clínicas ou cirúrgicas	21 dias úteis
Internações psiquiátricas, inclusive hospital dia	15 dias úteis
Procedimentos de alta complexidade	21 dias úteis
OPME	21 dias úteis

6.2.5. Os prazos serão contados a partir do recebimento, pelo HFA, do último documento necessário à apreciação e autorização.

6.3. **Pedido médico.** Serão acatados pedidos médicos emitidos há menos de trinta dias. O pedido médico deverá conter a identificação do paciente, o nome e/ou a codificação do procedimento solicitado, a indicação clínica para realização do procedimento, a data de sua emissão, a assinatura do médico solicitante e sua identificação com nome e número de registro no CRM-DF sob qualquer forma de impressão (manual, impressa ou carimbo).

6.3.1. Não serão aceitos pedidos médicos incompletos, em especial sem data de emissão e sem indicação clínica/CID.

6.3.2. Não será aceito pedido médico em cópia.

6.3.3. Não serão acatados pedidos emitidos por qualquer outro profissional de saúde não médico (dentistas, nutricionistas etc.), ainda que legalmente habilitados para tal.

6.4. **Validade da Guia.** A guia de autorização emitida pelo HFA tem validade de 30 (trinta) dias corridos, prorrogáveis uma única vez por no máximo igual período, desde que a solicitação de prorrogação seja feita até o primeiro dia útil subsequente ao vencimento da Guia. O procedimento deverá ser realizado ou a admissão do paciente em regime de internação deverá ocorrer dentro desse período. Transcorridos esses prazos, a autorização perderá sua validade e, caso o procedimento ainda seja necessário, será preciso emitir nova autorização mediante novo pedido/relatório médico, iniciando-se novamente todo o trâmite necessário.

6.5. **Procedimentos que exigem autorização.** Conforme informado anteriormente, todos os procedimentos, inclusive pronto socorro, exigem guia de autorização.

6.6. Nos atendimentos ambulatoriais, os materiais, medicamentos e insumos inerentes aos procedimentos autorizados estarão abarcados pela autorização do procedimento, exceto:

- OPME;
- Dispositivos implantáveis de qualquer natureza;
- Quimioterápicos;
- Exames complementares de alto custo – eletrofisiologia, endoscopia diagnóstica ou intervencionista, exames genéticos e citogenéticos, anatomia patológica e citopatologia, neurorradiologia, angiorradiologia e radiologia intervencionista, exames radiológicos contrastados, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear, radioterapia;
- Medicamentos de alto custo, cujo valor unitário da unidade de dispensação seja superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais);
- Todo e qualquer procedimento para os quais a ANS determine diretrizes clínicas e de utilização.

6.7. Nos atendimentos de internação, os materiais, medicamentos e insumos inerentes aos procedimentos autorizados estarão abarcados pela autorização do procedimento, exceto:

- Cirurgias;
- Procedimentos hemodinâmicos;
- Exames, cirurgias e procedimentos que utilizem OPME, ainda que realizados beira leito;
- Terapias complementares, como por exemplo terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia, litotripsia, ECMO;
- OPME;
- Dispositivos implantáveis de qualquer natureza;
- Procedimentos realizados por profissionais de saúde – nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional;
- Exames complementares de alto custo – eletrofisiologia, endoscopia diagnóstica ou intervencionista, exames genéticos e citogenéticos, neurorradiologia, angiorradiologia e radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear, radioterapia;
- Medicamentos de alto custo, cujo valor unitário da unidade de dispensação seja superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais);
- Todo e qualquer procedimento para os quais a ANS determine diretrizes clínicas e de utilização.

6.8. Autorização de exames anatomopatológicos: Os exames de anatomia patológica e citopatologia serão autorizados mediante o código _____. Na conta, o prestador deverá efetuar a cobrança conforme codificação TUSS dos procedimentos efetivamente realizados, mediante anexação dos laudos.

6.9. Autorização de materiais e insumos hospitalares: Materiais de consumo inerentes ao procedimento que constituam insumo hospitalar, como por exemplo seringas, equipamentos, jelco etc., estão dispensados de autorização e serão apreciados quando da auditoria de contas.

6.9.1. No momento da análise da conta, será avaliada a pertinência técnica de sua utilização.

6.9.2. Materiais passíveis de reuso serão pagos em valores fracionados conforme a quantidade de reutilizações autorizadas na bula de cada material.

6.9.3. Todos os materiais serão cobertos exclusivamente para uso conforme indicação prevista em sua bula ou manual de utilização registrados na Anvisa ou disponibilizados pelo fabricante. O uso fora das indicações e especificações definidas em bula ou manual constitui uso *off label* e não será objeto de cobertura do plano.

6.9.4. Salvo negociação específica, poderá ser paga marca com valor mediano do Simpro, nem a marca mais cara, nem a mais barata.

6.10. **Autorização de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais).** Nos termos da Resolução CFM nº 2318/22, é vedado ao médico assistente exigir marca ou fornecedor exclusivos. Compete ao médico assistente determinar as características da OPME necessária à adequada execução do procedimento, sendo-lhe facultado indicar três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, que atendam às características previamente especificadas.

6.10.1. Quando o médico assistente recusar uma OPME com fundamento em deficiência do material, má qualidade ou defeito, a recusa deverá ser documentada e acompanhada da comprovação de que a reclamação foi encaminhada à Anvisa, nos termos do parágrafo único do art. 8º da Resolução CFM nº 2318/22.

6.10.2. Para procedimentos eletivos, a solicitação de OPME deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 15 (quinze) dias úteis, acompanhada de toda a documentação pertinente: relatório médico, exames que comprovem a indicação, detalhamento técnico do material e pelo menos três orçamentos, quando possível.

6.10.3. Em caso de urgência devidamente comprovada, a solicitação de OPME deverá ser feita impreterivelmente em até 48 (quarenta e oito) horas úteis após o procedimento, juntamente com as solicitações dos procedimentos e de internação, caso estas ainda não tenham sido encaminhadas. Deverá ser enviada toda a documentação pertinente, inclusive o orçamento do(s) fornecedor(s) da(s) OPME utilizada(s).

6.10.4. O HFA reserva-se o direito de proceder a negociações diretamente com o fornecedor, mesmo nos casos de urgência. Nos procedimentos já realizados, caso se constate sobrepreço do OPME utilizado em relação a outros semelhantes anteriormente autorizados, poderá ser solicitada a redução dos valores para os níveis previamente negociados.

6.10.5. Os OPME's poderão ser negociados diretamente entre o HFA e o fornecedor, que será responsável por entregar o produto ao prestador solicitante até a data do procedimento.

6.10.6. OPME's passíveis de reuso serão pagos em valores fracionados conforme a quantidade de reutilizações autorizadas na bula de cada material.

6.10.7. Todos os OPME's serão cobertos exclusivamente para uso conforme indicação prevista em sua bula ou manual de utilização registrados na Anvisa ou disponibilizados pelo fabricante. O uso fora das indicações e especificações definidas em bula ou manual constitui uso *off label* e não será objeto de cobertura do Plano.

6.10.8. A utilização de OPME deverá ser comprovada mediante registro em descritivo cirúrgico e anexação dos lacres à conta. A ausência de qualquer um desses dois fatores ensejará glosa do OPME.

6.11. **Autorização de medicamentos.** Medicamentos cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais) exigem autorização prévia para sua administração. As solicitações deverão ser acompanhadas de relatório médico especificando nome do paciente, nome do medicamento, dosagem e posologia, período de tratamento, indicação clínica, peso e altura do paciente (quando forem informações essenciais para cálculo da dosagem); exames comprobatórios e outras informações pertinentes.

6.11.1. Todos os medicamentos serão cobertos exclusivamente para uso conforme indicação prevista em sua bula registrada na Anvisa. O uso fora das indicações e especificações definidas em bula constitui uso *off label* e não será objeto de cobertura do plano.

6.11.2. Todos os medicamentos poderão ser remunerados mediante marca ou fabricante com valor mediano do Brasíndice, nem a marca mais cara, nem a mais barata, salvo negociação específica.

6.11.3. Será priorizada a utilização de medicamentos genéricos sempre que possível.

6.11.4. Sempre que o medicamento demonstrar estabilidade, poderá ser pago mediante fracionamento conforme dosagem prescrita e checada, remunerando-se apenas o volume/miligramagem consumidos pelo paciente.

6.12. **Procedimentos não constantes do rol da ANS.** A cobertura oferecida se limita ao Rol de Procedimento e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à data do evento. Entretanto, nos termos da Lei nº 14.454/22, e em consonância com a Instrução Normativa nº 97/2022 do Ministério da Economia, procedimentos não constantes do rol poderão ser autorizados em caráter excepcional, mediante comprovação, pelo médico assistente, de sua eficácia, baseada em evidências científicas. Somente estarão aptos a tal comprovação estudos científicos _____.

6.13. A relação contratual entre o HFA e o prestador de serviço define explicitamente quais os procedimentos ou serviços que poderão ser executados por este às expensas do HFA. Assim, quaisquer outros procedimentos ou serviços realizados em desacordo com o contrato firmado não serão custeados pelo HFA. Apenas em casos excepcionais, nos quais haja risco à vida do beneficiário, devidamente documentado e comprovado, e na impossibilidade de sua transferência, o prestador será autorizado a executar serviços não contratados. Tais serviços serão custeados pelo HFA conforme a tabela vigente com o prestador.

6.14. **Autorização de tratamento seriado.** Para início dessa modalidade de tratamento, é obrigatório o encaminhamento médico. Mediante pedido médico, o paciente será encaminhado para a consulta de avaliação inicial. Uma vez realizada a avaliação, o profissional emitirá o plano terapêutico, do qual deverá constar a frequência semanal de sessões, bem como a expectativa de duração do tratamento.

6.14.1. As guias serão emitidas mensalmente com o número de sessões previstas para aquele mês, de acordo com a frequência semanal proposta no plano terapêutico.

6.14.2. A guia de autorização será válida para atendimento exclusivamente dentro do mês de sua competência. Caso uma ou mais sessões não sejam realizadas dentro daquele mês, a guia não poderá ser utilizada para cobrança de sessões do mês subsequente.

6.14.3. Para continuidade do tratamento, ao término de cada mês o profissional deverá emitir novo relatório informando a resposta do paciente ao tratamento instituído e a frequência semanal de sessões para o mês subsequente.

6.14.4. A presença do paciente deverá ser demonstrada mediante coleta de sua assinatura a cada sessão realizada. É vedada a exigência de assinatura antecipada de todas as sessões.

6.14.5. Sessões não realizadas não poderão ser cobradas, mesmo que em decorrência de falta injustificada do paciente. Caso se constate algum pagamento ocorrido nessas circunstâncias, o valor indevidamente pago será imediatamente estornado na forma de desconto na próxima fatura.

6.14.6. Fica facultado aos médicos e enfermeiros auditores do HFA o livre acesso aos prontuários dos pacientes com a finalidade de averiguação de sua frequência.

6.14.7. A sessão ambulatorial tem duração mínima de 50 (cinquenta) minutos.

6.14.8. Para atendimentos ambulatoriais, o padrão é de uma sessão semanal. Frequências superiores a essa deverão estar devidamente justificadas no plano terapêutico.

6.14.9. Em pacientes internados será seguido o padrão abaixo, para o qual não se exigirá autorização prévia. Frequências superiores a essa deverão estar devidamente justificadas no plano terapêutico e somente serão pagas mediante autorização específica.

- Psicologia – 01 avaliação por internação;
- Fonoaudiologia – 01 avaliação por internação + 01 sessão por dia para recém nascidos prematuros em UTI neonatal;
- Terapia ocupacional – 01 avaliação por internação;
- Fisioterapia – 01 avaliação inicial + 03 sessões para pacientes em UTI + 02 sessões para pacientes em enfermaria + 01 reavaliação caso haja alteração importante do quadro clínico que justifique mudança de conduta ou do plano terapêutico, devidamente comprovada.

6.14.10. A sessão de fisioterapia consiste em tratamento global do paciente e será remunerado apenas UM código por sessão, sendo devido tão-somente aquele que mais intimamente se relacione com a patologia do paciente ou com a causa da internação.

7. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

7.1. Entende-se como emergência os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, e urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

7.2. O beneficiário terá cobertura de assistência médico-hospitalar, da sua admissão até a alta, nos atendimentos de urgência/emergência. O prestador deverá empregar os esforços necessários e adequados ao caso, visando à recuperação da saúde do paciente. Em todos os casos em que o procedimento realizado ou medicamento utilizado necessitem de autorização e não haja tempo hábil para tanto, ou seja necessário prestar atendimento fora do horário comercial, o beneficiário deverá ser atendido, sendo a devida autorização solicitada, impreterivelmente, nas primeiras 48 (quarenta e oito) horas úteis subsequentes, sob pena de não custeio dos procedimentos não autorizados e de todos

os seus insumos. A solicitação deverá vir acompanhada de todos os documentos que comprovem não só a necessidade e indicação do procedimento, mas também demonstrem o caráter de urgência/emergência da intervenção. Os prazos para emissão de autorização serão os mesmos já descritos acima.

7.3. Quando o beneficiário estiver cumprindo o prazo de carência para internação, ou quando se tratar de parto a termo (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas) e a beneficiária paciente estiver cumprindo carência para tal procedimento, a cobertura se limitará às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em pronto-socorro ou até que ocorra a necessidade de internação ou de realização de procedimentos típicos da internação, o que vier primeiro. Nesse momento, cessará a responsabilidade do HFA, que se obrigará a arcar tão-somente com os custos de remoção do paciente para a unidade do SUS mais próxima, caso o beneficiário faça tal opção. Caso o beneficiário opte por permanecer na unidade hospital onde se encontra, ou não tenha condições clínicas para remoção, a partir desse momento cessará a cobertura do HFA, devendo a cobrança ser realizada em caráter particular.

8. DA INTERNAÇÃO

8.1. Considera-se internação a ocupação de um leito de enfermaria ou UTI. A diária de internação consiste na permanência do paciente por até 24 (vinte e quatro) horas – ou 12 (doze) horas, em caso de hospital-dia – e se inicia no momento em que o paciente é admitido pela enfermagem na unidade de internação. Considera-se a alta do paciente no momento em que o médico assistente a prescrever em prontuário médico correspondente.

8.2. A primeira diária é indivisível e será cabível mesmo que o paciente saia em período inferior às 24 horas. Caso o paciente seja transferido de acomodação, a diária daquele dia corresponderá à acomodação em que o paciente permaneça por maior número de horas.

8.3. As autorizações de internação são emitidas com número determinado de dias de permanência em cada tipo de acomodação. Tais períodos, entretanto, poderão ser prorrogados mediante justificativa do médico assistente. Para tanto, o prestador deverá providenciar a solicitação de prorrogação, acompanhada do relatório médico que justifique a permanência a maior, impreterivelmente até o primeiro dia útil subsequente ao último dia já autorizado. O descumprimento deste prazo poderá acarretar, a critério do HFA, a não autorização da prorrogação, o que implicará em não pagamento da diária referente, bem como de todos os insumos utilizados e procedimentos ocorridos naquela data. O HFA, por sua vez, responderá a solicitação em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

8.4. A solicitação de prorrogação segue a mesma rotina das solicitações de autorização, ou seja, o prestador deverá lançar a solicitação de prorrogação diretamente no sistema através do portal disponibilizado, anexando toda a documentação pertinente em formato PDF. Após análise e liberação, as guias ficarão disponíveis no mesmo endereço para impressão pela OCS.

8.5. A permanência do paciente após o encerramento da última diária somente ensejará o pagamento de nova diária caso essa permanência seja superior a 08 (oito) horas.

9. DA CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR

9.1 A classificação dos hospitais credenciados ocorrerá conforme as diferentes características dos estabelecimentos, especialmente no que diz respeito ao número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, entre outras.

9.2 A pontuação dos hospitais, para fins de classificação, terá como base a seguinte Tabela de Pontuação para cada um dos itens de avaliação dispostos nas colunas:

TABELA DE PONTUAÇÃO - CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR

Pontos por Item	Nº Leitos	Leitos UTI	Tipo de UTI	Complexidade	Urgência/Emergência	Gestação Alto Risco	C
1 Ponto	20 a 49	01 a 04		01 Especialidade	Pronto Atendimento		A
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	02 Especialidades	Serviço de Urgência e Emergência	Nível I	en 04
3 Pontos	150 a 299	10 a 29		03 Especialidades	Referência Nível I ou II	Nível II	En 07

4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	04 ou mais especialidades	Referência Nivel III		08
----------	-------------	------------	----------	---------------------------	----------------------	--	----

9.3 A avaliação dos hospitais em cada um dos “Itens de Avaliação” dar-se-á de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos:

9.3.1 Coluna “Nº DE LEITOS”- será considerado o quantitativo total dos leitos existentes no hospital;

9.3.2 Coluna “LEITOS UTP” - será considerado o quantitativo de leitos existentes em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;

9.3.3 Coluna “TIPOS DE UTI” - será considerada a classificação das UTIs em tipos II ou III, conforme a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Na hipótese da existência de mais de uma unidade cadastrada, será considerada apenas aquela que corresponder ao maior número de pontos;

9.3.4 Coluna “COMPLEXIDADE” - será considerado o quantitativo de serviços de alta complexidade existentes no hospital e devidamente cadastrados, podendo ser computados para tanto: Serviços/Centros de Alta Complexidade em Assistência Cardiovascular (não serão computados Hospitais Gerais com Serviço de Implante de Marca-passo Permanente), tratamento das Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumatologia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia Bariátrica e Transplantes (considerar como um sistema o cadastro para realização de transplante de cada tipo de órgão);

9.3.5 Coluna “URGÊNCIA/EMERGÊNCIA” - será considerada a existência de Serviço de Pronto Atendimento nas 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da especialidade(s) oferecida no caso de hospitais especializados; ou de Serviço de Urgência e Emergência com atendimento nas 24 horas do dia, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia, todos disponíveis; ou, ainda, a existência de Serviço de Urgência e Emergência cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS nº479, de 15 de abril de 1999, em Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;

9.3.6 Coluna “GESTAÇÃO ALTO RISCO” - será considerada a existência de Serviço de Atendimento de Gestação de Alto Risco cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS N  3477, de 20 de agosto de 1988, como hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento   Gestação de Alto Risco, de acordo com seus respectivos Níveis I e II;

9.3.7 Coluna “SALA CIRÚRGICA” - será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no hospital.

9.4 O total de pontos obtidos, resultante da aplica o da Tabela de Pontua o acima, levará ao enquadramento dos hospitais em seu correspondente Porte, em conformidade com o que segue:

9.4.1 Porte A – a partir de 20 pontos;

9.4.2 Porte B - de 13 a 19 pontos;

9.4.3 Porte C - de 01 a 12 pontos.

9.5 Além das informa es prestadas pelo CREDENCIADO, a verifica o dos Itens de Avalia o deverá ser realizada in loco, por auditor da CREDENCIANTE, nos termos do Anexo E a este Termo de Adesão.

9.6 Para solicitar reclassifica o, o CREDENCIADO deverá providenciar junto   CREDENCIANTE a atualiza o de sua Ficha Cadastral.

10. AUDITORIA

10.1. O Serviço de Auditoria Médica do Hospital das Forças Armadas possuir  o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documenta o hospitalar do beneficiário, bem como a documenta o contábil e fiscal pertinente a este credenciamento.

10.2. O HFA reserva-se ao direito de efetuar glosas totais ou parciais dos valores cobrados e de submetê-los a auditoria, sem qualquer custo para o CREDENCIADO, que se obriga a prestar todos os esclarecimentos necessários.

10.3. Os prontuários dos pacientes, bem como todas as anota es e peças que os compõem, poderão ser consultados por auditores formalmente indicados pelo HFA. Tais documentos poderão ainda ser solicitados, nos casos admitidos pelo Código de  tica Médica ou por determina o judicial.

10.3.1. Os dados dos beneficiários encaminhados pelo HFA e os resultantes da execução dos serviços terão caráter confidencial, para uso exclusivo conforme os fins previstos neste Edital. A equipe de médicos e enfermeiros auditores do HFA compromete-se a reter para si e, quando possível, destruir documentos de caráter sigiloso aos quais tenha acesso em função do credenciamento entre as partes.

10.4. O HFA se utiliza de todos os mecanismos de auditoria técnica preconizados. As análises técnicas se baseiam na melhor literatura disponível e na legislação vigente, levando em consideração a Medicina Baseada em Evidências, o custo/benefício e o custo/efetividade de cada procedimento, a prática usual e disseminada e o reconhecimento legal dos procedimentos e insumos pelos órgãos competentes. A auditoria técnica do HFA visa à melhor atenção possível a cada um de seus pacientes dentro de custos suportáveis por todo o grupo de beneficiários assistidos.

10.5. **Vistoria.** Antes do credenciamento, foi realizada vistoria técnica, nos termos do item 5 do Edital. O HFA reserva-se o direito de visitar periodicamente as OCS's durante a vigência do credenciamento buscando avaliar a manutenção das condições de contratação. Também deverá ocorrer nova vistoria sempre que houver alteração das condições de contratação (inclusão de especialidade, mudança de endereço de atendimento, aquisição de equipamento, ampliação do serviço etc.) ou queixa por parte de beneficiários.

10.6. **Auditoria prévia.** Todos os casos de internação, cirurgia, OPME, procedimentos complexos e/ou de alto custo são avaliados pela equipe de auditoria do HFA no momento da solicitação da autorização. Também as solicitações que fujam ao padrão preconizado, seja no tipo, na quantidade ou na frequência do item prescrito serão objeto de análise técnica. Tal avaliação se dará pela análise dos documentos pertinentes ao caso, como relatórios médicos, exames realizados, histórico de saúde do paciente etc. Se necessário, poderá ser realizado exame clínico do paciente pelo médico auditor. Este poderá ainda acionar o médico assistente e solicitar-lhe esclarecimentos sobre o caso em análise, por telefone, pessoalmente ou por escrito.

10.7. **Auditoria concorrente.** A OCS que realize atendimentos em regime de internação terá a obrigação de enviar diariamente ao HFA o censo de pacientes internados e de alta, que deverá ser encaminhado para o e-mail sam@hfa.mil.br. O HFA reserva-se o direito de acompanhar seus beneficiários durante a realização do serviço autorizado, seja através de visitas periódicas aos pacientes internados, seja mediante acompanhamento do procedimento. Assim, eventualmente, os médicos e enfermeiros auditores poderão assistir a cirurgias e procedimentos, a seu critério. Nos termos da Resolução CFM nº 1.614/2001 e Resolução COFEN nº 266/2001, os médicos e os enfermeiros auditores deverão ter livre acesso a toda a documentação pertinente ao caso e ao próprio paciente em qualquer ambiente ou acomodação em que se encontre, inclusive salas de cirurgia, sendo dever do diretor clínico da instituição franquear-lhes tal acesso.

10.8. **Auditoria de contas.** Todas as cobranças são analisadas pela equipe de auditoria do HFA, que confronta as informações de cobrança com aquelas registradas nos documentos referentes ao atendimento prestado. Para tanto, o prestador deverá anexar à conta cobrada toda a documentação pertinente e garantir à equipe de auditoria técnica livre acesso ao prontuário do paciente. As contas referentes a atendimentos em regime de internação hospitalar deverão ser auditadas e consensadas *in loco* à luz do prontuário, previamente a sua apresentação para cobrança, exceto internação psiquiátrica.

11. DO PROCESSAMENTO DAS CONTAS

11.1 Os valores devidos à CREDENCIADA serão pagos pelo Hospital das Forças Armadas, CNPJ 03.568.867/0001-36, Estrada Contorno do Bosque, S/Nº, Sudoeste, Brasília/DF, CEP 70.658-900, mediante apresentação dos documentos comprobatórios dos serviços prestados, após sua análise técnica, financeira e certificação das contas.

11.2 Os pagamentos serão efetuados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da nota fiscal – quando esta for apresentada pelo valor líquido após análise – ou do encaminhamento dos relatórios de auditoria e de glosa – quando a nota tiver sido apresentada pelo valor bruto juntamente com a fatura –, mediante crédito em conta bancária da CREDENCIADA, produzindo o depósito os efeitos jurídicos de quitação da prestação devida.

11.3 Para cada período mensal de atendimento, deverá ser emitido um documento de cobrança, que será encaminhado ao HFA em data a ser combinada entre as partes e aposta no Termo de Credenciamento.

11.4 A CREDENCIADA, após a prestação dos serviços, terá até 60 (sessenta) dias para apresentar as remessas, contados da data do atendimento ao beneficiário ou do dia de alta do paciente, no caso de internação.

11.4.1 Todavia, compete exclusivamente ao HFA a autorização para entrega de remessas fora do prazo, mediante solicitação formal e motivada por parte da OCS, que será apreciada pelo HFA previamente à apresentação da fatura.

11.4.2 A cobrança dos serviços prestados, as taxas e diárias, os materiais e medicamentos deverá ser efetuada no padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar) vigente à data do faturamento, inclusive materiais e

medicamentos. A utilização de codificação distinta daquela aqui mencionada implicará em glosa ou recusa do arquivo XML.

11.4.3 A cobrança deverá ser enviada mediante arquivo XML através do portal disponibilizado mediante senha própria para cada OCS. A documentação pertinente deverá ser entregue nas dependências do HFA para auditoria e pagamento, conforme cronograma anual definido pelo HFA.

11.4.4 As remessas deverão conter detalhadamente a listagem dos pacientes constantes daquela cobrança, ordenada alfabeticamente. Deverão acompanhar as remessas obrigatoriamente os seguintes documentos:

- Capa da remessa contendo lista em ordem alfabética dos pacientes constantes daquela remessa, bem como valor individual de cada conta;
- Comprovante do envio do arquivo XML;
- Conta individualizada para cada paciente;
- No caso de um mesmo paciente ter sido atendido mais de uma vez ou estar sendo cobrada mais de uma parcial, cada atendimento/parcial deverá ter conta individualizada;
- Guia de Encaminhamento assinada pelo profissional responsável pelo atendimento e pelo paciente ou responsável, sendo vedada a assinatura em cópia, mesmo em se tratando de parciais;
- Nos casos de atendimento de pronto socorro em pediatria e obstetrícia que sejam prestados mediante Cartão do Beneficiário deverá ser anexada à conta a cópia do Cartão.
- Pedido médico referente a todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cobrados;
- Descritivo e boletim anestésico, quando estiver sendo cobrada intervenção cirúrgica;
- Lacres e Notas Fiscais de OPME;
- Laudos de exames de alto custo – tomografia, ressonância magnética, endoscopias, procedimentos de imagem intervencionistas, anatomopatológico;
- Laudos de exames realizados em pronto-socorro;

11.5 Prescrição checada referente à aplicação de medicamentos de alto custo em regime ambulatorial.

11.6 O HFA, ao receber a referida documentação, procederá à análise e conferência de acordo com as Tabelas e condições estabelecidas neste Edital e no Termo de Credenciamento. Caso não haja impropriedade explícita, a remessa será encaminhada para solicitação da Nota Fiscal, seguida de posterior pagamento.

11.7 A remessa apresentada em desacordo com o estabelecido no Edital e/ou no Termo de Credenciamento ou com qualquer circunstância que inviabilize seu processamento ou desaconselhe o pagamento será devolvida ao prestador.

11.8 Será aplicada glosa total nos procedimentos realizados sem autorização prévia do HFA.

11.9 Eventuais glosas, totais ou parciais, serão realizadas em até 60 (sessenta) dias, a contar da data de recebimento das remessas. Havendo glosa total ou parcial, o HFA comunicará o fato à CREDENCIADA pelo(s) e-mail(s) informado(s) no ato do credenciamento.

11.10 Os relatórios, tanto o de pagamento quanto o de glosa, também estarão disponíveis para acesso pela CREDENCIADA no Sistema até o último dia útil do mês em que se complete o prazo de 60 (sessenta) dias para análise. Caso não receba o e-mail, compete ao prestador acessar o Sistema para tomar ciência dos valores glosados e respectivos motivos de glosa.

11.11 A CREDENCIADA, querendo, poderá recorrer da glosa, por e-mail e/ou mediante envio de arquivo .XML, apresentando para tanto todos os documentos e argumentos técnicos e administrativos cabíveis, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da notificação ou do acesso ao Sistema. A ausência de manifestação da CREDENCIADA dentro do prazo previsto será considerada como concordância tácita do item glosado.

11.12 Consoante o disposto nas Leis nº 9.784/1999 e nº Lei 8.666/1.993, a primeira instância de análise do recurso consiste na equipe de auditoria responsável pela análise das remessas, que apreciará o recurso em até 30 (trinta) dias, contados da apresentação do recurso. Havendo manutenção da glosa recorrida, e caso o prestador não acate os argumentos do HFA, poderá ser acionada a segunda instância de análise do recurso, mediante agendamento de reunião de consenso com o chefe da Seção de Auditoria Médica em até 20 (vinte) dias, contados da comunicação de não acatamento por parte da CREDENCIADA.

11.13 Mediante acordo entre as partes, o recurso de glosa poderá ser realizado em fase única mediante reunião de consenso.

11.14 As Notas Fiscais originais deverão ser emitidas corretamente, com os dados da CREDENCIADA, de acordo com o constante no Termo de Credenciamento, e não deverão conter rasuras.

11.15 Todo o processo de glosa, relatório escrito e recurso de glosa poderão ser suprimidos quando a análise for realizada in loco, caso em que eventuais divergências serão discutidas e compensadas no mesmo momento, à luz do prontuário, presentes os auditores da CREDENCIANTE e da CREDENCIADA. Nesse caso, uma vez que a análise seja acordada e assinada por ambas às partes não caberá mais qualquer forma de recurso.

11.16 Considerando a forma peculiar de pagamento adotada pela Administração Pública, com a utilização da Ordem Bancária, através de depósito em conta corrente, é defeso à CREDENCIADA a emissão de duplicatas em função do Termo a ser celebrado.

11.17 A emissão desse título de crédito, sem prejuízo das providências judiciais cabíveis, por caracterizar ilícito grave, equiparável à emissão de “duplicatas simuladas”, demandará sanção à CREDENCIADA, com uma das penas prescritas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei 8.666/93.

11.18 Sobre o montante a ser pago à CREDENCIADA incidirá retenção tributária no percentual de que dispõe a Instrução Normativa SRF nº 480/2004, ou normatização que vier a lhe substituir, nos termos do que dispõe o artigo 64 da Lei nº 9.430/96 bem como ISS e ICMS, quando aplicáveis.

11.19 Sobre o valor devido à CREDENCIADA, a Administração efetuará a retenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição para o PIS/Pasep, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

11.20 Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 116, de 2003, e legislação municipal aplicável.

11.21 A CREDENCIADA regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação por meio de documento oficial de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

11.22 As faturas referentes às internações hospitalares de longa permanência deverão ser subtotalizadas em parciais de até 10 (dez) dias e entregues dentro do período definido por protocolo HFA com a apresentação das despesas, pela CREDENCIADA. Não serão admitidas parciais de período inferior a 5 (cinco) diárias, exceto a última.

11.23 As faturas referentes às internações psiquiátricas deverão ser subtotalizadas em parciais mensais e entregues dentro do período definido por protocolo HFA com a apresentação das despesas, pela CREDENCIADA. Não serão admitidas parciais de período inferior a 15 (quinze) diárias, exceto a última.

11.24 Os serviços subsidiários que advierem ao atendimento de Emergência/Urgência, cuja indicação não se sustente com justificativa técnica, serão glosados pela CREDENCIANTE, cabendo à CREDENCIADA recurso justificando a realização do procedimento.

11.25 A Administração deduzirá do montante a ser pago os valores correspondentes às multas e/ou indenizações devidas por parte da CREDENCIADA.

11.26 O desconto de qualquer valor no pagamento devido à CREDENCIADA será precedido de processo administrativo em que será garantido o contraditório e a ampla defesa, com os recursos e meios que lhes são inerentes.

11.27 É vedado à CREDENCIADA transferir a terceiros os direitos ou créditos decorrentes do credenciamento.

12. DAS COBERTURAS

12.1. O Hospital das Forças Armadas oferecerá cobertura para os atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – vigente à época do evento, bem como suas Diretrizes de Utilização (DUT) e demais normativos técnicos e operacionais aplicáveis.

13. DAS EXCLUSÕES

13.1. Os seguintes procedimentos não são cobertos pelo HFA, não sendo, portanto, custeados pelo plano:

- Aplicações de medicamentos, exceto aqueles utilizados durante a internação ou realização de algum procedimento autorizado ou, ainda, durante os atendimentos em pronto-socorro, ressalvados os casos de autorização prévia;
- Atendimentos domiciliares de qualquer natureza;
- Avaliação clínica e laboratorial sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (check-up);

- Avaliações pedagógicas, psicoeducação e psicopedagogia;
- Aluguel de equipamentos hospitalares para uso domiciliar;
- Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- Calçados ortopédicos ou palmilhas para correção de pé plano;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Cirurgias refrativas (PRK ou Lasik) que não se enquadrem no disposto na Diretriz de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS;
- Colchões ortopédicos e/ou magnetizados;
- Cirurgias com finalidade de mudança de sexo;
- Condicionamento físico não ligado à reabilitação cardiológica;
- Despesas hospitalares extraordinárias, tais como: telefonemas, alimentação não prescrita no tratamento, lavagem de roupas, indenizações por danos etc.;
- Despesas de acompanhantes, exceto para os casos previstos em lei, conforme item 8 do termo de referência.
- Internações hospitalares para puerpera em condições clínicas de alta quando da manutenção da internação de recém-nascido patológico;
- Enfermagem em caráter particular;
- Enfermagem em domicílio;
- Exames psicotécnicos;
- Exames para verificação de paternidade;
- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde sem registro na ANVISA;
- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais previstos como de cobertura obrigatória pelo rol de Procedimentos e Eventos da ANS vigente à data do evento;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intra-citoplasmáticas, transferência falopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas, bem como exames realizados e medicamentos utilizados para tal finalidade;
- Intervenções cirúrgicas plástico-cosméticas, assim entendidas aquelas que não visem à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, ainda que justificados por razões médicas;
- Lentes para correção de qualquer deficiência visual, exceto lentes intraoculares nas cirurgias de facectomia;
- Lentes intraoculares especiais para cirurgias de facectomia, como por exemplo, mas não se limitando a lentes multifocais, lentes tóricas etc.;
- Meias, cintas, ataduras e calças elásticas;
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Objetos e produtos higiênicos e de uso pessoal;
- Orientações vocacionais ou profissionais;
- Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia realizados à revelia do HFA e sem atendimento das condições estabelecidas no Edital de Credenciamento, inclusive seus anexos;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, ainda que justificados por razões médicas;
- Procedimentos e métodos anticoncepcionais hormonais (oral, injetável, intradérmico e adesivo) e diafragma, exceto implante de DIU;
- Reflexologia (psicotrón, neurotrón, hipnotrón etc.);
- Suplementos alimentares e adoçantes;
- Testes psicológicos para orientação vocacional e avaliação de QI – Quociente de Inteligência;
- Tratamentos odontológicos, aparelhos ortodônticos e cirurgia ortognática;
- Transplantes, à exceção dos de córnea e rim e daqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim entendido aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; que seja considerado experimental pelo

Conselho Federal de Medicina – CFM ou não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off label*);

- Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Tratamentos prescritos ou realizados por profissionais não habilitados;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, entre outros;
- Vacinas imunizantes ou dessensibilizantes;
- Vaporizadores e umidificadores;
- Todo e qualquer atendimento com finalidade trabalhista – exames pré-admissionais, demissionais e periódicos, avaliações para retorno ao trabalho, junta médica etc.;
- Todo e qualquer atendimento realizado sem encaminhamento do HFA e/ou em descumprimento às normas estabelecidas no Edital de Credenciamento e seu anexos, inclusive o presente Manual;
- Todo e qualquer procedimento não constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- Todo e qualquer procedimento realizado em desconformidade com as Diretrizes de Utilização da ANS.