

## ÍNDICE

|     |                                                       |    |
|-----|-------------------------------------------------------|----|
| 1.  | DA CONVOCAÇÃO.....                                    | 02 |
| 2.  | DAS CONCEITUAÇÕES.....                                | 05 |
| 3.  | DO OBJETO.....                                        | 09 |
| 4.  | DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.....                | 10 |
| 5.  | DA HABILITAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO.....   | 13 |
| 6.  | DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO.....                       | 18 |
| 7.  | DOS RECURSOS FINANCEIROS.....                         | 19 |
| 8.  | DO CONTRATO E SUAS ALTERAÇÕES.....                    | 19 |
| 9.  | DOS BENEFICIÁRIOS E ACOMODAÇÕES.....                  | 20 |
| 10. | DO REGIME DE EXECUÇÃO.....                            | 20 |
| 11. | DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.....                | 25 |
| 12. | DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS.....                        | 32 |
| 13. | DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE.....                   | 32 |
| 14. | DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS.....                  | 33 |
| 15. | DAS SANÇÕES.....                                      | 33 |
| 16. | DA RESCISÃO.....                                      | 35 |
| 17. | DOS RECURSOS.....                                     | 37 |
| 18. | DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E PEDIDOS DE INFORMAÇÕES..... | 37 |
| 19. | DA REVOGAÇÃO.....                                     | 37 |
| 20. | DOS CONTATOS.....                                     | 37 |
| 21. | DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....                           | 38 |
| 22. | DO FORO.....                                          | 39 |



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 90002/2026**

CONVOCAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS) E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES, RADIOLOGIAS ODONTOLÓGICAS E DE REABILITAÇÃO.

**1. DA CONVOCAÇÃO.**

1.1. A União, representada pelo Grupo de Saúde de São José dos Campos (GSAU-SJ) do Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial (DCTA), da Força Aérea Brasileira (FAB), mediante a Comissão Permanente de Credenciamento de Saúde Complementar do GSAU-SJ, designada por ato publicado no Boletim Interno nº 92 de 23 de maio de 2023, torna público para conhecimento dos interessados que, na data, horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para prestação de serviços de assistência Médico-Hospitalar, Pré-Hospitalar, Odontológica e de Reabilitação, conforme as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos.

1.2. O procedimento de credenciamento observará integralmente as disposições da seguinte legislação infraconstitucional:

1.2.1. Decreto nº 10.936, de 12/01/2022, regulamenta o art. 33 da Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, Política Nacional da Resíduo Sólido;

1.2.2. Decreto nº 11.878, de 9 de janeiro de 2024, regulamenta o artigo 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021;

1.2.3. Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986;

1.2.4. Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986;

1.2.5. Instrução Normativa 03/2018, Estabelece regras de funcionamento do Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores — SICAF;

1.2.6. Instrução Normativa RFB nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012, modificada por meio da IN 2.145/2023 e suas alterações;

- 1.2.7. Instrução Normativa SEGES/ME nº 65, de 7 de julho de 2021 e suas alterações;
- 1.2.8. Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 03, de 26 de abril de 2018, e suas alterações em 10/2020;
- 1.2.9. Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 05, de 26 de maio de 2017, e suas alterações em 11/2024;
- 1.2.10. Lei nº 12.305/2010 – Política Nacional de Resíduos Sólidos;
- 1.2.11. Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010 - obrigatoriedade da realização do exame denominado “Emissões Otoacústicas Evocadas” nos recém-nascidos em hospitais e maternidades;
- 1.2.12. Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados;
- 1.2.13. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021;
- 1.2.14. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964;
- 1.2.15. Lei nº 9.784/1999, que regula o Processo Administrativo no âmbito da Administração Pública Federal;
- 1.2.16. MCA 160-5/2021, Manual de Auditoria para o Uso da Rede Complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica;
- 1.2.17. Norma Regulamentadora NR 32/ABNT, 11/11/, atualizada pela Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022, e suas alterações em 11/2024;
- 1.2.18. NSCA 160-7 - Normas para Assistência Complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica;
- 1.2.19. NSCA 160-5/2022 - Normas para Prestação da Assistência Médico-Hospitalar no Sistema de Saúde da Aeronáutica;
- 1.2.20. Ordem Técnica nº 07/DIRSA/2017, de 27 de abril de 2017;
- 1.2.21. Ordem Técnica nº 10/DIRSA/2022, de 16 de dezembro de 2022;
- 1.2.22. Parecer nº 003/2017/CNU/CGU/AGU, de 11 de janeiro de 2017;
- 1.2.23. Portaria CONGEP nº 2.000/2GAB, de 31/08/2017;
- 1.2.24. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde;
- 1.2.25. Portaria no 25/GC3, de 21 de janeiro de 2021 (RADA-e RCA 12-1/2021);
- 1.2.26. Resolução – RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;
- 1.2.27. Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – Anvisa, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências; e
- 1.2.28. Resolução n.358/2005 – CONAMA, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

1.3. Integram este Edital, independentemente de transcrição, os Anexos abaixo:

|           |                                                                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo "A" | Minuta de Termo de Contrato de Hospitais e de Maternidades.                                  |
| Anexo "B" | Minuta de Termo de Contrato de Clínicas Médicas Especializadas                               |
| Anexo "C" | Minuta de Contrato de Clínicas de Radiologias Odontológicas                                  |
| Anexo "D" | Termo de Consentimento e Adesão ao Serviço de Atendimento Domiciliar                         |
| Anexo "E" | Minuta de Contrato de Laboratórios de Análises Clínicas e Citopatologia                      |
| Anexo "F" | Minuta de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos (PSA)                               |
| Anexo "G" | Minuta de Contrato para Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar                        |
| Anexo "H" | Minuta de Contrato para Atenção Domiciliar à Saúde                                           |
| Anexo "I" | Minutas de contrato para Cooperativas Médicas                                                |
| Anexo "J" | Pedido de Internação                                                                         |
| Anexo "K" | Termo de Ciência – Direito de Livre escolha                                                  |
| Anexo "L" | Lista de Referencial de Glosa                                                                |
| Anexo "M" | Termo de Controle de Transporte                                                              |
| Anexo "N" | Justificativa de Atraso na Entrega de Fatura                                                 |
| Anexo "O" | Ficha Individual de Controle de Procedimentos                                                |
| Anexo "P" | Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde                                    |
| Anexo "Q" | Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Assistência Domiciliar à Saúde |
| Anexo "R" | Controle de Materiais/Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde                         |

|            |                                                                          |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Anexo "S"  | Modelo de Carta-Proposta                                                 |
| Anexo "T"  | Modelo de Requerimento para Credenciamento PSA                           |
| Anexo "U"  | Declaração de Cumprimento do Inciso da CFB                               |
| Anexo "V"  | Referencial de Custos                                                    |
| Anexo "W"  | Declaração de Idoniedade                                                 |
| Anexo "X"  | Acordo de Negociação Entre Ambas as Partes                               |
| Anexo "Y"  | Termo de Conciliação Judicial MPT-União                                  |
| Anexo "Z"  | Declaração de Cumprimento aos Dispositivos Constitucionais               |
| Anexo "AA" | Formulário de Solicitação de Encaminhamento à Rede Complementar do SISAU |
| Anexo "AB" | Guia de Apresentação de Beneficiário – GAB                               |
| Anexo "AC" | Guia de Encaminhamento para Assistência Medico-Hospitalar - GEAM         |
| Anexo "AD" | Ofício de Apresentação de Usuário                                        |
| Anexo "AE" | Termo de Compromisso para Entrega da Guia de Encaminhamento              |

1.4. O presente Edital e seus anexos poderão ser examinados no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP, disponível no endereço: <https://www.gov.br/pncp/pt-br>.

1.5. A documentação mencionada no item acima também poderá ser consultada no endereço eletrônico <https://www.fab.mil.br/organizacoes/mostra/96/> ou ser recebida por mensagem eletrônica, [credenciamento.gsausj@fab.mil.br](mailto:credenciamento.gsausj@fab.mil.br), sendo que para a solicitação de outras informações deverá ser utilizado o contato pelo telefone: (12) 3947-4282.

## 2. DAS CONCEITUAÇÕES

2.1. AMBULATÓRIO - É a unidade médico-assistencial integrante de uma organização de saúde ou isolada, com funcionamento autônomo que se destina ao diagnóstico e ao tratamento do paciente externo.

2.2. **ASSISTÊNCIA À SAÚDE OU ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (AMH)** - É o conjunto de atividades relacionadas com o diagnóstico e a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo todos os serviços prestados em hospitais, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, ou na assistência domiciliar, incluindo o fornecimento e a aplicação dos meios.

2.3. **ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR À SAÚDE (AMHC)** - É a assistência prestada por organizações de saúde públicas, privadas ou pertencentes a outra Força Singular, contratadas, conveniadas ou credenciadas pelo Comando da Aeronáutica, com a finalidade de complementar a rede própria de assistência (atendimento nas Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA).

2.4. **AUDITORIA ANALÍTICA** - Constitui-se de um conjunto de atividades que procuram analisar a formulação, a implementação e os resultados do encaminhamento e uso da rede de saúde complementar. Baseia-se na análise de dados estatísticos, documentos, laudos, processos, relatórios, taxas, etc., no sentido de verificar o atendimento às normas e padrões preestabelecidos e redirecionar o modelo de atenção à saúde. É realizada a nível da Organização Credenciante (OC) e da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) como componente básico para preparação e análise das situações observadas na auditoria operativa e para proporcionar ferramentas de apoio às decisões dos gestores.

2.5. **AUDITORIA ANALÍTICA REVISORA** - É a auditoria analítica realizada pela DIRSA, observando o uso da rede de saúde complementar a nível regional e nacional.

2.6. **AUDITORIA OPERATIVA** - Consiste na verificação do atendimento aos requisitos legais/normativos, que regulam os sistemas e as atividades relativas ao uso da rede de saúde complementar, por meio do exame direto dos fatos, documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade, economicidade, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e efetividade dos processos para alcançar os objetivos propostos. Pode ser classificada em prospectiva, concorrente e retrospectiva.

2.7. **AUDITORIA OPERATIVA CONCORRENTE** - Consiste na atividade de auditoria ligada aos eventos nos quais o paciente está envolvido, no estabelecimento onde o serviço é prestado. Trata-se de auditoria operacional realizada durante o atendimento e/ou tratamento do paciente, com o objetivo de monitorar a qualidade do serviço, garantir a conformidade com os protocolos, a segurança do paciente e otimizar o uso dos recursos de forma contínua.

2.8. **AUDITORIA OPERATIVA PROSPECTIVA OU REGULAÇÃO DE DEMANDA** - Realizada como fase anterior à execução do procedimento, consiste na análise do pedido feito pelo beneficiário ou pelo médico assistente e na decisão sobre a anuência, ou não, da OC com a realização do procedimento solicitado e com o compromisso com seu pagamento ao prestador de serviço. Objetiva estabelecer um aprimoramento das indicações de exames/procedimentos, por intermédio da exigência de requisitos técnicos e administrativos que amparam as indicações e referenciamentos, promovendo a racionalização do uso e evitando procedimentos desnecessários ou com carência de embasamento técnico.

2.9. **ATENDIMENTO** - É a atenção dispensada pela organização de saúde ao paciente ou seu responsável, no sentido da prestação da assistência à saúde, encaminhamento ou notificação de ocorrência médica.

2.10. **BENEFICIÁRIOS DO SISAU** - São aqueles com direito à cobertura da assistência à saúde prestada pelo Sistema de Saúde da Aeronáutica.

2.11. **BENEFICIÁRIOS DO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (FUNSA)** - São os beneficiários do SISAU que contribuem com o Fundo de Saúde da Aeronáutica, através do

titular.

2.12. **BENEFICIÁRIOS EXCLUSIVOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (AMH)** - São os beneficiários do SISAU que não estão sujeitos à contribuição para o Fundo de Saúde da Aeronáutica. As despesas vinculadas aos beneficiários exclusivos da AMH deverão ser pagas integralmente pelo beneficiário titular, militar ou não, à Organização de Saúde responsável pelo atendimento.

2.13. **CLÍNICA ESPECIALIZADA** - É a unidade médico-assistencial integrante de outra Organização de Saúde ou Isolada, com funcionamento autônomo, destinada ao atendimento específico de pacientes de uma especialidade, em regime de internação ou ambulatorial.

2.14. **CONSULTA** - É a entrevista do profissional de saúde com o paciente para fins de exame, diagnóstico e tratamento.

2.15. **CONTRIBUINTES DO FUNSA OU TITULARES** - São os militares, da ativa e na inatividade, e os beneficiários da pensão militar de primeira e segunda ordem de prioridade, previstos nos itens I e II, do Art. 7º da Lei no 3.765, de 4 de maio de 1960 (Lei da Pensão Militar) que contribuem na condição de titulares, com percentuais sobre as parcelas que compõem a remuneração, os proventos na inatividade ou a pensão, nas condições definidas por Portaria do Comando da Aeronáutica.

2.16. **DEPENDENTES DE MILITAR** - São os assim definidos no Estatuto dos Militares, sendo obedecido, para fins de inclusão no cadastro de beneficiários da assistência à saúde, o que preceitua o item 7.1 da NSCA 160-5/2022.

2.17. **DIÁRIA DE ACOMPANHANTE** - É a importância a ser indenizada para cobrir as despesas inerentes ao alojamento e à alimentação do acompanhante, por dia de internação do paciente.

2.18. **EMERGÊNCIA** - Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

2.19. **EVACUAÇÃO** - É a transferência do paciente por razões de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada em outro município, estado ou país.

2.20. **EXAMES COMPLEMENTARES** - São os procedimentos necessários ao esclarecimento do diagnóstico e ao acompanhamento do tratamento, tais como: exames radiológicos, laboratoriais, histopatológicos, eletrocardiográficos, eletroencefalográficos, endoscópicos, funcionais e outros.

2.21. **FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (FUNSA)** - É o fundo constituído de recursos financeiros oriundos de contribuições mensais obrigatórias e indenizações por atendimentos prestados à saúde dos militares, pensionistas contribuintes do FUNSA e respectivos dependentes, destinado a complementar o custeio da assistência à saúde dos beneficiários.

2.22. **GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (GAB)** - É o documento hábil para o encaminhamento de beneficiários do FUNSA às entidades de saúde conveniadas, contratadas ou credenciadas pelo Comando da Aeronáutica para atendimento à saúde.

2.23. **GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (GEAM)** - É o documento hábil para o encaminhamento de beneficiários exclusivos da AMH às entidades de saúde conveniadas, contratadas ou credenciadas pelo Comando da Aeronáutica para atendimento à saúde.

2.24. **HOSPITAL DIA** - É o regime de assistência intermediário entre a internação e a

assistência ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

2.25. INTERNAÇÃO HOSPITALAR - É a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a vinte e quatro horas.

2.26. ORGANIZAÇÃO CREDENCIANTE (OC) - É a Organização Militar (OM) do Comando da Aeronáutica (COMAER) responsável pela elaboração, execução e gerenciamento do processo de credenciamento e uso da rede de saúde complementar do SISAU, assim como todas as atividades de auditoria relacionadas à prestação do serviço de saúde pela rede complementar.

2.27. ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR - É a Organização de Saúde aparelhada de pessoal e material com a finalidade de receber pacientes para diagnóstico e/ou tratamento, seja em regime de internação ou ambulatorial.

2.28. ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE - É a denominação genérica, dada aos órgãos de direção ou de execução do serviço de saúde militar ou civil, incluindo hospitais, divisões e seções de saúde, ambulatorios, enfermarias e formações sanitárias de corpo de tropa, de estabelecimento de navio, de base, de arsenal ou de qualquer outra unidade administrativa, tática ou operativa das Forças Armadas.

2.29. ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (OSA) - É a Organização da Aeronáutica com a finalidade de prestar assistência à saúde aos beneficiários do SISAU.

2.30. PENSIONISTA - É o beneficiário do militar das Forças Armadas falecido ou extraviado quando na ativa ou na inatividade que, em conformidade com os dispositivos da legislação específica e do Estatuto dos Militares, torna-se habilitado à pensão militar. Poderá ser pensionista contribuinte ou pensionista não contribuinte do Fundo de Saúde.

2.31. PENSIONISTA CONTRIBUINTE DO FUNSA - É o pensionista que, após o falecimento ou extravio do militar, torna-se habilitado à pensão militar e passa contribuir como titular para o Fundo de Saúde enquanto mantiver as condições de dependência em relação ao militar, previstos nos itens I e II, do Art. 7º da Lei no 3.765, de 4 de maio de 1960 (Lei da Pensão Militar).

2.32. PENSIONISTA NÃO CONTRIBUINTE DO FUNSA - É o pensionista que, após o falecimento ou extravio do militar, torna-se habilitado à pensão militar, mas não contribui para o Fundo de Saúde por ter perdido as condições de dependência em relação ao militar, previstas nesta norma. Não faz jus ao atendimento médico-hospitalar em qualquer modalidade de prestação de assistência à saúde.

2.33. PERÍCIA MÉDICO-LEGAL - É o exame técnico-especializado por meio do qual são prestados esclarecimentos à administração ou à justiça.

2.34. PROCEDIMENTOS DE ALTO GRAU DE ESPECIALIZAÇÃO OU ALTO CUSTO - Conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. As principais áreas que compõem a alta complexidade são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardiácos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; cirurgia de implante coclear; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); genética clínica.

2.35. REMOÇÃO - É a transferência do paciente, por razão de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada dentro do perímetro urbano ou suburbano.

2.36. SEÇÃO DE FUNDO DE SAÚDE (SFUNSA) - É a seção da Organização de Saúde da Aeronáutica ou Organização Credenciante responsável pelo atendimento ao beneficiário do SISAU que necessite utilizar a rede complementar de saúde. Nas OC, é a seção responsável também pelo credenciamento de serviços de saúde e todas as atividades de auditoria relacionadas à prestação do serviço de saúde pela rede complementar.

2.37. SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (SISAU) - É o sistema constituído por um conjunto de organizações, órgãos e elementos que têm por finalidade realizar as atividades necessárias à consecução dos objetivos de Apoio Técnico e Logístico à Força Aérea, nas áreas da Medicina Aeroespacial, Preventiva, Assistencial, Pericial, Operacional, Odontologia, Farmácia e atividades complementares.

2.38. SUBDIRETORIA DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS PARA ASSISTÊNCIA - MÉDICO-HOSPITALAR (SARAM) - É a Subdiretoria da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) responsável pela elaboração das orientações normativas, coordenação e supervisão técnica dos elos do sistema no que tange à aplicação dos recursos destinados ao custeio das despesas assistenciais da rede complementar do SISAU.

2.39. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) - É o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, que garante a todo cidadão brasileiro o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde.

2.40. TAXA DE REMOÇÃO - É a importância a ser indenizada para cobrir as despesas decorrentes da remoção do paciente em viatura apropriada.

2.41. TAXA DE SALA DE CIRURGIA - É a importância a ser indenizada para cobrir as despesas decorrentes do uso da sala de cirurgia, excluídos o material e os medicamentos aplicados no paciente.

2.42. TRATAMENTO - É o conjunto de meios terapêuticos utilizados pelos profissionais habilitados para a cura ou alívio do paciente.

2.43. URGÊNCIA - Ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

2.44. USUÁRIOS DO SISAU - São aqueles que recebem a assistência à saúde prestada pelo Sistema de Saúde da Aeronáutica, tanto os beneficiários exclusivos da AMH, como os beneficiários do FUNSA.

### **3. DO OBJETO**

3.1. O objeto deste Edital é o credenciamento, na região metropolitana do Vale do Paraíba, interior do Estado de São Paulo, de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) interessados na prestação de serviços complementares de assistência médico-hospitalar; ambulatorial; atendimento de emergência/urgência em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias; atendimento pré-hospitalar; serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT), incluindo análises clínicas, toxicologia de substâncias psicoativas, anatomia patológica, diagnóstico por imagem, serviços diagnósticos odontológicos; fisioterapia; fonoaudiologia; nutrição; psicologia; terapia ocupacional; assistência domiciliar; instituição de longa permanência para Idosos

(ILPI), visando atender de forma complementar e contínua naquilo que não for possível realizar dentro das unidades de saúde da FAB e de reabilitação aos beneficiários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), nos termos da NSCA 160-7/2019; aos militares e dependentes que tiverem direito à assistência médico-hospitalar, nos termos dos Art. 74 e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, no Decreto nº 11.878, de 2024 e na Decisão nº 656/1995 – Plenário TCU; e eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, conforme Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016, e respectiva regulamentação, conforme as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos.

3.2. A prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e de reabilitação abará os Municípios da região metropolitana do Vale do Paraíba, interior do Estado de São Paulo.

3.3. É permitido ao CREDENCIADO subcontratar os seguintes serviços: unidades de terapia intensiva, serviços laboratoriais, serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, locação de material e equipamento hospitalar, serviços de remoção, serviços de hemoterapia.

3.3.1. O CREDENCIADO deverá indicar os eventuais subcontratados;

3.3.2. A subcontratação depende de autorização prévia do CREDENCIANTE, a quem incumbe avaliar se o subcontratado cumpre os requisitos de qualificação técnica necessários para a execução do objeto;

3.3.3. É vedada a sub-rogação completa ou da parcela principal da obrigação;

3.3.4. O subcontratado deverá comprovar os requisitos de habilitação, pertinentes à sua empresa, exigidos neste Edital; e

3.3.5. Em qualquer hipótese de subcontratação, permanece a responsabilidade integral do CREDENCIADO pela perfeita execução contratual, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades do subcontratado, bem como responder perante o Contratante pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto da subcontratação.

#### **4. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

4.1. O prazo para credenciamento iniciar-se-á a partir da data de publicação deste instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP.

4.1.1. O presente Edital vigorará por prazo indeterminado, conforme entendimento adotado no PARECER n. 0003/2017/CNU/CGU/AGU e item 5.1.3 da NSCA 160-7/2022, a partir da sua publicação no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP.

4.1.2. Poderá haver o credenciamento de interessados, desde que atendidos os demais requisitos deste Edital.

4.2. Poderão habilitar-se, para credenciamento, Organização Civil de Saúde (OCS) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA) de acordo com as necessidades listadas neste Edital e que apresentarem Carta Proposta (**Anexo - S**) e/ou Requerimento (**Anexo - T**), que estejam de acordo com os valores especificados neste instrumento e sejam previamente cadastrados no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF), previsto na Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 3, de 26 de abril de 2018.

#### 4.3. Não poderão participar deste credenciamento:

4.3.1. Pessoas jurídicas cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto deste credenciamento.

4.3.1.1. Excepciona-se o disposto acima nos casos de pessoas jurídicas com fins lucrativos que apresentem autorização específica dos sócios para contratar com a Administração objeto diverso do previsto no contrato social ou estatuto;

4.3.1.2. A autorização assemblear deverá observar as regras de convocação e de quórum para instauração e deliberação previstas em lei para cada tipo de sociedade; e

4.3.1.3. Para fins de comprovação, o licitante deverá apresentar a ata da assembleia ou o documento equivalente.

4.3.2. Pessoas jurídicas ou sociedades estrangeiras que não funcionem no país;

4.3.3. Pessoas jurídicas ou físicas impedidas de licitar e contratar com a União (art. 7º da Lei nº 10.520, de 2002 cumulado com o art. 28 do Decreto nº 5.450, de 2005 e art. 156, III da Lei nº 14.133, de 2021), suspensas temporariamente de participar de licitação ou impedidas de contratar com o GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (GAP-SJ) (art. 87, III, da Lei nº 8.666, de 1993) ou impedidas de licitar e contratar com a Administração Pública Federal (art. 156, III e §4º da Lei nº 14.133, de 2021);

4.3.4. Pessoas jurídicas ou físicas declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, se aplicada com base na Lei nº 8.666, de 1993, ou até que tenha expirado o prazo de sua aplicação, se aplicada com base na Lei nº 14.133, de 2021;

4.3.5. Pessoas jurídicas ou físicas proibidas de contratar com o Poder Público, nos termos do art. 72, § 8º, V, da Lei nº 9.605, de 1998;

4.3.6. Pessoas jurídicas em processo falimentar;

4.3.7. Pessoas jurídicas em dissolução ou em liquidação;

4.3.8. Pessoas físicas em processo de insolvência civil;

4.3.9. Pessoas jurídicas de que sejam proprietários, controladores ou diretores Deputados ou Senadores (art. 54, II, da Constituição Federal);

4.3.10. Pessoas jurídicas ou físicas proibidas de contratar com o Poder Público, nos termos do art. 12 da Lei nº 8.429/1992 (Lei de Improbidade Administrativa);

4.3.11. Quaisquer interessados que se enquadrarem nas vedações previstas nos §§1º e 2º do art. 9º da Lei nº 14.133, de 2021;

4.3.12. Mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou da entidade credenciante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato (GAP-SJ), e dos que exerçam funções de Ordenador de Despesas, gestor do FUNSA, bem como do Comandante do GSAU-SJ ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em

linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.

4.3.13. Sociedades que tenham em seu quadro societários quaisquer das pessoas indicadas nos subitens anteriores.

4.3.13.1. Neste caso a restrição poderá ser afastada caso comprovada, no caso concreto, a ausência de ofensa aos princípios da isonomia, da impessoalidade e da moralidade.

4.4. Para se habilitar à contratação, a Organização Civil de Saúde interessada deverá apresentar Carta Proposta, conforme modelo do **Anexo S**, acompanhada dos documentos necessários, atendendo às seguintes exigências:

4.4.1. Estar contida em papel timbrado da pessoa jurídica ou que a identifiquem, sem emendas e sem rasuras, de maneira completa, expressa e inteligível;

4.4.2. Declarar concordância com as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos;

4.4.3. Conter a relação de serviços prestados com os respectivos códigos Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) ou Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), ou Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO).

4.4.4. Constar dias e horários de atendimento;

4.4.5. Conter a relação de serviços;

4.4.6. Conter a relação de equipamentos técnicos;

4.4.6.1. No caso específico do atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, apresentar a relação de ambulâncias correspondentes aos tipos credenciados.

4.4.7. Indicar o nome do Banco, o número da Agência e da Conta Corrente para creditar os pagamentos; e

4.4.8. Ser datada e assinada pelo representante legal, podendo o ser por meio eletrônico. Passíveis de comprovação, e certificação.

4.5. Para habilitar-se ao credenciamento, o Profissional de Saúde Autônomo deverá apresentar Requerimento para Credenciamento, conforme modelo do **Anexo T**, acompanhado dos documentos necessários, com atendimento das seguintes exigências e observações:

4.5.1. Estar contida em papel timbrado que o identifique, sem emendas e sem rasuras, de maneira completa, expressa e inteligível;

4.5.2. Declarar concordância com as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos;

4.5.3. Constar dias e horários de atendimento;

4.5.4. Conter a relação de serviços;

4.5.5. Conter a relação de equipamentos técnicos;

4.5.6. Indicar o nome do Banco, o número da Agência e da Conta Corrente para creditar os pagamentos; e

4.5.7. Ser datado e assinado por si ou por seu representante, podendo o ser por meio eletrônico.

4.6. A documentação deverá ser anexada ao sistema próprio do Compras.gov.br, após

cadastro no SICAF – Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores, previsto na Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 3, de 26 de abril de 2018.

4.7. A Carta Proposta e o Requerimento para Credenciamento terão validade de 90 (noventa) dias, contados da data da entrega, o qual admitirá prorrogação à critério da instituição credenciante;

4.7.1. Decorrido o prazo de validade das propostas, sem convocação para contratação, ficam os licitantes liberados dos compromissos assumidos.

4.8. A Empresa Individual de Responsabilidade Limitada – EIRELI – deverá receber tratamento de OCS, dado a sua natureza de pessoa jurídica.

## **5. DA HABILITAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

5.1. A Comissão de Credenciamento consultará o Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores (SICAF), em relação à habilitação jurídica, à regularidade fiscal e trabalhista, à qualificação econômica financeira e à habilitação técnica, conforme disposto nos arts. 6º e 10 a 16 da Instrução Normativa SEGES/MP nº 3, de 2018, respeitada a documentação complementar prevista no item 6.5.4 desta Seção.

5.1.1. Também poderão ser consultados os sítios oficiais emissores de certidões, especialmente quando o licitante esteja com alguma documentação vencida junto ao SICAF.

5.1.2. Os interessados cadastrados no SICAF deverão apresentar a documentação listada neste Capítulo, quando ausente do cadastro.

5.2. Caso a Comissão não logre êxito em obter a certidão correspondente através do sítio oficial, ou na hipótese de se encontrar vencida no referido sistema, o interessado será convocado a encaminhar documento válido que comprove o atendimento das exigências deste Edital, sob pena de inabilitação.

5.3. Os interessados que não estiverem com sua documentação atualizada no SICAF deverão apresentar a seguinte documentação:

5.4. **Habilitação jurídica**, comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

5.4.1. **Organização Civil de Saúde (OCS):**

5.4.1.1. Cédula de identidade ou outro documento equivalente do(s) representante(s) legal(is);

5.4.1.2. Registro Público de Empresas Mercantis, no caso de empresário individual;

5.4.1.3. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com sua última alteração, devidamente registrado e, no caso de sociedades empresárias, acompanhado de documento de eleição de seus administradores ou, se for o caso, procurações que outorguem poderes para terceiros;

5.4.1.4. Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

5.4.1.5. Inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

5.4.1.6. Decreto de autorização, no caso de sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

5.4.1.7. Em caso de cooperativas, conforme o item 10.5, letra 'g', do Anexo VII-A, da IN SLTI/MPOG nº 05/2017:

5.4.1.7.1. Ata de fundação;

5.4.1.7.2. Estatuto Social com a Ata da Assembleia que o aprovou;

5.4.1.7.3. Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a Ata da Assembleia que os aprovou;

5.4.1.7.4. Editais de convocação das três últimas Assembleias Gerais extraordinárias;

5.4.1.7.5. Três registros de presença dos cooperados que executarão do Contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais;

5.4.1.7.6. Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação;

5.4.1.7.7. Regularidade com o respectivo Conselho de Classe; e

5.4.1.7.8. O registro na Organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual, se houver, mediante apresentação dos estatutos sociais e suas alterações posteriores, nos termos do art. 107 da Lei nº 5.764, de 1971.

5.4.2. Para Profissional de Saúde Autônomo (PSA):

5.4.2.1. Cópia da Carteira de Identidade;

5.4.2.2. Regularidade com o respectivo Conselho de Classe; e

5.4.2.3. Certidão de quitação eleitoral, nos termos do art. 7º, § 1º, III, c/c art. 146 do Código Eleitoral.

## **5.5. Regularidade Fiscal e Trabalhista:**

5.5.1. Organização Civil de Saúde (OCS):

5.5.1.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

5.5.1.2. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados (Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 02 de outubro de 2014 e alteração);

5.5.1.3. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;

5.5.1.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos da Lei Federal nº 12.440, de 2011; e

5.5.1.5. Quando o contrato for executado por filial da empresa, o licitante deverá comprovar a regularidade fiscal da matriz e da filial.

5.5.1.6. Em caso de cooperativas, conforme o item 10.5, letra 'b', do Anexo VII-A, da IN SLTI/MPOG nº 05/2017:

5.5.1.6.1. A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual (DRSCI) de cada um dos cooperados relacionados.

5.5.2. Profissional de Saúde Autônomo (PSA):

5.5.2.1. Prova de inscrição do licitante no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);

5.5.2.2. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados;

5.5.2.3. Prova de regularidade de inscrição e de recolhimento das contribuições do Contribuinte Individual para com a Previdência Social, efetuada mediante a apresentação da Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI), fornecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);

5.5.2.4. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) por meio de apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;

5.5.2.4.1. Caso o licitante pessoa física não seja empregador, deverá, em substituição ao CRF, declarar tal fato.

5.5.2.5. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos da Lei Federal nº 12.440/2011.

5.5.3. As certidões de comprovação da regularidade fiscal dos licitantes deverão ser apresentadas dentro do prazo de validade estabelecido em lei ou pelo órgão expedidor, ou, na hipótese de ausência de prazo estabelecido, deverão estar datadas dos últimos 180 (cento e oitenta) dias contados da data da abertura da sessão pública.

## **5.6. Qualificação técnica:**

5.6.1. Organização Civil de Saúde (OCS):

5.6.1.1. Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;

5.6.1.2. Documentação do responsável técnico da OCS:

5.6.1.2.1. RG e CPF;

5.6.1.2.2. Certificado de especialidade;

5.6.1.2.3. Registro no Conselho de Classe.

5.6.1.3. Relação de membros do corpo clínico datada e assinada pelo responsável técnico contendo os seguintes dados:

5.6.1.3.1. Nome completo;

5.6.1.3.2. Especialidade clínica;

5.6.1.3.3. Número no registro de classe.

5.6.1.4. Alvará de localização e funcionamento válidos;

5.6.1.5. Alvará de autorização sanitária válido;

5.6.1.6. O credenciamento da OCS poderá observar as seguintes situações quanto ao alvará de autorização sanitária:

5.6.1.6.1. Situação: Alvará de autorização sanitária vencido:

5.6.1.6.1.1. Documento a ser apresentado: alvará vencido, acompanhado de requerimento em tempo hábil (prazo estabelecido na legislação municipal específica, ou, em caso de omissão na legislação do Município, 120 dias antes do término de sua vigência) e comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.

5.6.1.6.2. Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias):

5.6.1.6.2.1. Documento a ser apresentado: alvará de autorização sanitária válido ou requerimento a destempo, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.

5.6.1.6.3. A comprovação da especialidade será feita mediante a apresentação de título de especialista e ou Registro de qualificação de especialidade (RQE), no respectivo Conselho Regional;

5.6.1.6.3.1. Documento a ser apresentado: alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.

5.6.1.6.4. Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial:

5.6.1.6.4.1. Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.

5.6.1.7. Em caso de cooperativas, conforme o item 10.5, letras 'a' a 'f', do Anexo VII- A, da IN SLTI/MPOG nº 05/2017:

5.6.1.7.1. A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto no inciso XI, do art. 4º, inciso I, do art. 21 e §§ 2º a 6º do art. 42 da Lei nº 5.764/1971.

5.6.1.7.2. a declaração de regularidade de situação do contribuinte individual (DRSCI) de cada um dos cooperados relacionados;

5.6.1.7.3. a comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço;

5.6.1.7.4. o registro previsto no art. 107 da Lei nº 5.764, de 1971;

5.6.1.7.5. a comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato; e

5.6.1.7.6. comprovação do envio do Balanço Geral e o Relatório do exercício social ao órgão de controle, conforme dispõe o art. 112 da Lei nº 5.764, de 1971.

5.6.2. Profissional de Saúde Autônomo (PSA):

5.6.2.1. Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;

5.6.2.2. A comprovação da Especialidade será feita mediante a apresentação de título de

especialista e ou Registro de qualificação de especialidade (RQE), no respectivo Conselho Regional;

5.6.2.3. Alvará de localização e funcionamento válido expedido em seu nome no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado;

5.6.2.4. Alvará de autorização sanitária válido, expedido em seu nome, no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado;

5.6.2.5. O credenciamento do PSA poderá observar as seguintes situações quanto ao alvará de autorização sanitária:

5.6.2.5.1. Situação: Alvará de autorização sanitária vencido:

5.6.2.5.1.1. Documento a ser apresentado: alvará vencido, acompanhado de requerimento em tempo hábil (120 dias antes do término de sua vigência) e comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.

5.6.2.5.2. Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias):

5.6.2.5.2.1. Documento a ser apresentado: alvará de autorização sanitária válido.

5.6.2.5.3. Certificado de capacitação quando a área não abrange um certificado de especialidade;

5.6.2.5.3.1. Documento a ser apresentado: alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.

5.6.2.5.4. Situação: requerimento superveniente à instituição da empresa:

5.6.2.5.4.1. Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.

5.6.3. Para interessado (OCS/PSA) deverá apresentar, ainda, as seguintes declarações:

5.6.3.1. Declaração do licitante de que não possui em seu quadro de pessoal empregado com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal - **Anexo U**.

5.6.3.2. Declaração de Idoneidade nos termos do inciso III do Art. 88 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 - **Anexo W**.

5.6.3.3. Declaração de que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal - **Anexo Z**.

5.7. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados os originais ou em cópias autenticadas.

5.8. Se as cópias forem apresentadas junto com os documentos originais, o agente administrativo responsável pelo seu recebimento poderá atestar a autenticidade da cópia na forma do art. 3º, III, da Lei nº 13.726, de 08 de outubro de 2018.

5.9. Caso seja da preferência do interessado, poderão ser apresentadas cópias autenticadas por Tabela de Notas.

5.10. Os documentos que puderem ser emitidos pela internet dispensam autenticação.

5.11. Verificação, como condição prévia ao exame da documentação de habilitação, quanto ao eventual descumprimento das condições de participação, especialmente, quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

5.11.1. SICAF;

5.11.2. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União ([www.portaldatransparencia.gov.br/ceis](http://www.portaldatransparencia.gov.br/ceis));

5.11.3. Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça ([www.cnj.jus.br/improbidade\\_adm/consultar\\_requerido.php](http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php));

5.11.4. A consulta aos cadastros será realizada em nome da OCS/PSA e de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei nº 8.429/1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

5.11.5. Constatada a existência de sanção, a Comissão reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

5.12. Os interessados que preencherem os requisitos acima, no que lhes for aplicável, serão considerados aptos para o credenciamento.

5.13. O CREDENCIANTE poderá, até a assinatura do contrato, inabilitar a Organização Civil de Saúde ou o Profissional de Saúde Autônomo, por despacho fundamentado, se tiver informação abalizada de qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior à fase de habilitação, que desabone a qualificação técnica, habilitação jurídica ou regularidade fiscal daquela entidade ou prestador de serviço.

## **6. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO**

6.1. O recebimento presencial da documentação ocorrerá nos dias e horários estabelecidos pelo Comandante do GSAU-SJ, conforme horário de Brasília. Estes serão entregues no Setor de Credenciamento e destinados à Comissão de Credenciamento, localizada no Grupo de Saúde de São José dos Campos, na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50, Vila das Acácias, São José dos Campos-SP.

6.2. O envelope deverá conter na parte externa os seguintes dizeres:

6.2.1. *À Comissão de Credenciamento. Grupo de Saúde de São José dos Campos. Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50, Vila das Acácias São José dos Campos-SP. CEP 12.228-901.* A documentação apresentada será objeto de análise pela OC.

6.3. A documentação apresentada será objeto de análise pela OC (Organização Credenciante).

6.4. Considerar-se-á habilitado apenas o interessado que apresentar os documentos exigidos no prazo de validade neles previstos e, quando não mencionado, os documentos serão considerados válidos por até 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão.

6.5. A documentação apresentada de forma incompleta, rasurada ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerada inepta, podendo o interessado apresentar novo documento livre das causas que ensejaram sua inépcia.

6.6. Pode se optar por envio eletrônico da documentação acima listada e assinada digitalmente (que seja de fácil validação), através do *e-mail*: [credenciamento.gsausj@fab.mil.br](mailto:credenciamento.gsausj@fab.mil.br), seguindo as mesmas regras deste edital, válidas para a documentação entregue presencialmente.

6.7. Após a habilitação, a OC condicionará o credenciamento à possibilidade de realização de inspeção prévia das instalações, equipamentos, condições de atendimento, higiene e capacidade técnico-operativa.

6.8. O CREDENCIANTE poderá, a qualquer momento, inhabilitar a pessoa OSC/PSA, por despacho fundamentado, se tiver informação abalizada de qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior à fase de habilitação, que desabone a qualificação técnica, a habilitação jurídica ou a regularidade fiscal daquela entidade ou prestador de serviço.

## **7. DOS RECURSOS FINANCEIROS**

7.1. Os recursos para pagamento dos serviços realizados com base nos credenciamentos oriundos desse processo serão suportados no programa 2018 (Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Defesa), Ação Orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos servidores Cíveis, Empregados Militares e seus Dependentes), Fontes 01005000140, natureza de despesa 3.3.90.39.00 (Pessoa Jurídica) e 3.3.90.36.00 (Pessoa Física).

## **8. DO CONTRATO E SUAS ALTERAÇÕES**

8.1. O credenciamento será formalizado por intermédio de instrumento contratual, presentes as cláusulas obrigatórias estabelecidas pelo art. 92 da Lei 14.133, de 2021.

8.2. Os habilitados serão convocados no prazo máximo de 60 (trinta) dias, contados da data de apresentação das Cartas-Proposta, para assinarem os respectivos contratos, em obediência às prescrições do art. 90 da Lei nº 14.133, de 2021, podendo ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte, durante seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado aceito pela Administração Pública Federal.

8.3. Os contratos celebrados a partir do presente Edital terão sua vigência limitada em 120 (cento e vinte) meses de sua assinatura (ou da publicação do Edital), não cabendo prorrogação, na forma do art. 107 da Lei nº 14.133, de 2021. Após tal prazo deverá ser providenciado novo instrumento contratual.

8.4. Os contratos poderão ser alterados, com a devida motivação, nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

8.5. Incumbirá à CREDENCIANTE providenciar a publicação do ato que autoriza a Inexigibilidade de Licitação no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP, bem como do contrato e seus aditamentos no prazo de 10 (dez) dias contados da data de sua assinatura, conforme previsto no art. 72 parágrafo único e no art. 94, II da Lei nº 14.133, de 2021.

## **9. DOS BENEFICIÁRIOS E ACOMODAÇÕES**

9.1. Serão considerados beneficiários do SISAU, na NSCA 160-5/2022, os usuários abaixo especificados:

9.1.1. BENEFICIÁRIOS EXCLUSIVOS DA AMH: São beneficiários NÃO contribuintes do FUNSA. Somente podem utilizar a rede complementar, com prévia autorização e encaminhamento denominado GEAM (**Anexo AC**) sendo que pagarão 100% do valor praticado pelo credenciamento no ato da execução do procedimento. O CREDENCIADO deverá realizar a cobrança total de qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos realizados, diretamente do usuário (neste caso beneficiário da AMH) no ato do procedimento, utilizando as mesmas tabelas de custos constantes no Edital de Credenciamento.

9.1.2. BENEFICIÁRIOS DO FUNSA: Contribuintes do FUNSA, através do titular. Podem utilizar a rede complementar com prévia autorização, através da GAB ou em casos excepcionais, conforme item 10.2.5 deste Edital.

9.2. No caso de parto de beneficiária do SISAU com vínculo de filha/enteada do Beneficiário Titular ou parto de pensionista contribuinte, o recém-nato não adquire a condição de dependente do militar e não terá direito à assistência à saúde pelo SISAU (nem na rede própria, nem na rede complementar). O militar titular ou pensionista será formalmente comunicado, pelo credenciante, via Termo de Ciência que todas as eventuais despesas relacionadas à assistência do recém-nato deverão ser integralmente custeadas pelo Titular.

9.3. São padrões de acomodações hospitalares previstos para internação hospitalar:

9.3.1. Quarto privativo - Oficiais, Alunos da EPCAR, Cadetes e seus dependentes;

9.3.2. Quarto semiprivativo - Suboficiais, Sargentos, Alunos da EEAR e seus dependentes; e

9.3.3. Enfermaria - Cabos, Soldados e seus dependentes.

9.4. Os militares na inatividade que recebem vencimentos de grau hierárquico superior ao seu, bem como seus dependentes, têm direito à utilização dos padrões de acomodação referentes ao posto ou graduação sobre o qual incide o desconto para o FUNSA, devendo apresentar o respectivo contracheque, a fim de comprovar o desconto.

## **10. DO REGIME DE EXECUÇÃO**

10.1. As condições de execução dos serviços constam dos contratos, observadas as regras gerais abaixo registradas.

10.2. Os beneficiários do FUNSA e seus dependentes diretos deverão ser encaminhados por Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), portando Formulário de Solicitação de Encaminhamento à Rede Complementar do SISAU (**Anexo AA**) e um dos seguintes documentos: Guia de Apresentação de Beneficiário – GAB (**Anexo AB**), Guia de Encaminhamento Para Assistência Médico-Hospitalar - GEAM (**Anexo AC**) ou Ofício de Apresentação de Usuário (**Anexo AD**), que deverão conter os dados necessários para identificação do beneficiário do SISAU, do procedimento em saúde a ser realizado e do prestador de serviço credenciado, e serão identificados da seguinte forma:

10.2.1. Os titulares beneficiários do FUNSA deverão apresentar, além do documento constante de subitem 10.2, a carteira de identidade militar;

10.2.2. Os dependentes dos beneficiário do FUNSA deverão, além do documento constante de subitem 10.2, preferencialmente, apresentar carteira de identidade de dependente de militar, na ausência desta, documento de identidade com foto, válido em todo território nacional e que esteja dentro do prazo de validade;

10.2.3. No caso de dependentes dos beneficiário do FUNSA, menor de 18 (dezoito) anos, que não possuam documento de identidade com foto, será permitido a Certidão de Nascimento como documento de identificação; e

10.2.4. Nos dias e horários não úteis, os titulares beneficiários do FUNSA bem como seus dependentes, deverão apresentar o Formulário de Solicitação de Encaminhamento à Rede Complementar do SISAU (**Anexo AA**) assinado pelo Médico de Dia de plantão no GSAU-SJ, devendo ser solicitado substituição por GAB em até 48 (quarenta e oito) horas, a contar do recebimento do encaminhamento.

10.2.5. Nos casos de comprovada emergência, quando não houver a possibilidade de GAB ou do formulário de solicitação de encaminhamento à rede complementar do SISAU, o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço sem guia/documento próprio de encaminhamento, mediante a identificação do beneficiário socorrido e mediante assinatura de um “Termo de Responsabilidade” pelo beneficiário ou dependente, comprometendo-se a levar a guia de autorização à CONTRATADA, no período de até 48 horas, conforme o modelo do Termo de Compromisso para Entrega de Guia de Encaminhamento - **Anexo AE** do Edital. É de responsabilidade do CREDENCIADO a comunicação imediata do atendimento ao serviço de Médico de Dia, por telefone e *e-mail*. Caso não ocorra a comunicação será de inteira responsabilidade do CREDENCIADO quaisquer gastos inerentes ao atendimento, sem nenhum ônus ao FUNSA;

10.2.6. O beneficiário escolherá livremente entre todos os CREDENCIADOS que se propuseram a realizar os procedimentos solicitados pelo profissional de saúde, desde que atendam a todos os requisitos técnicos e qualificações.

10.2.7. Para certificação do procedimento autorizado, o paciente ou seu responsável deve, obrigatoriamente, declarar, na guia/documento próprio de encaminhamento, que o(s) procedimento(s) nele discriminado(s) foi(ram) realizados, com aposição de sua assinatura.

10.2.8. Nos casos previstos no item 10.2.5, caberá ao prestador de serviços credenciado:

10.2.8.1. redobrar a atenção ao identificar o beneficiário;

10.2.8.2. orientar o beneficiário e/ou seu representante legal a comunicar o atendimento à OC responsável, no prazo máximo de quarenta e oito horas, a contar da data do atendimento;

10.2.8.3. O CREDENCIANTE reserva o direito de efetuar atualizações nos contatos telefônicos e de *e-mail*, comprometendo-se a comunicar tais alterações aos CREDENCIADOS;

10.3. O FUNSA não se responsabiliza pelas despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência e não tenham sido cumpridas as providências acima previstas.

10.4. No caso de emergência ou comprovada urgência que venha ser atendida por equipe multidisciplinar a despesa será coberta, preferencialmente, por única GAB emitida posteriormente.

10.5. Qualquer material, equipamento, dieta e outro produto nutricional ou medicamento utilizado por parte do CREDENCIADO no atendimento ao paciente, inclusive sangue e seus componentes, será providenciado e custeado pelo CREDENCIADO, para posterior pagamento pelo CREDENCIANTE com observância das regras postas neste Edital, em seus anexos e no contrato.

10.5.1. O CREDENCIANTE poderá fornecer medicamentos, materiais de penso, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais, dietas, produtos nutricionais, materiais de alto custo e outros que julgar necessário para a execução do contrato, respeitado o protocolo de tratamento do CREDENCIADO e estando de acordo aos itens 11.25 a 11.29 deste Edital, referentes a OPME.

10.5.2. Os materiais e insumos utilizados na execução dos procedimentos serão remunerados conforme os valores de referência da Tabela SIMPRO, vigente na data da execução do serviço.

10.5.3. Quando se trata de materiais ou instrumentais passíveis de reutilização, conforme especificação expressa do fabricante e regulamentação da Anvisa, o pagamento será proporcional ao número de reutilizações permitidas.

10.5.4. Assim, será devido o valor correspondente à fração do custo unitário do material, calculada segundo o número máximo de reutilizações indicadas pelo fabricante. A exemplo da previsão de 10 reutilizações, será remunerado o equivalente a 1/10 (um décimo) do valor estabelecido na Tabela SIMPRO.

10.5.5. A comprovação da reutilização caberá ao CREDENCIADO, mediante registro técnico e documentação de controle de uso, observadas as normas sanitárias e de rastreabilidade pertinentes, e devidamente apresentadas por documentação ao CREDENCIANTE para auditoria, quando solicitado.

10.6. O CREDENCIADO é responsável pelos encargos trabalhista, fiscal, previdenciário e comercial resultantes da execução do contrato.

10.7. Os procedimentos sujeitos a parecer da Seção de Auditoria Técnica do GSAU-SJ, bem como os procedimentos médico-hospitalares não cobertos nem financiados, foram enumerados nos subítems do item 11.30 deste edital conforme MCA 160-5/2021 e NSCA 160-5/2022;

10.8. O CREDENCIADO deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias para os casos de retorno de consultas ambulatoriais.

10.9. A execução e controle dos serviços contratados serão avaliados pelo CREDENCIANTE, mediante auditoria direta ou indireta dos procedimentos realizados.

10.10. É vedado ao CREDENCIADO exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento ou quaisquer papéis em branco.

10.11. Os procedimentos serão autorizados conforme protocolos técnicos de auditoria prospectiva em saúde, determinados pela DIRSA, disponíveis nas legislações apropriadas

vigentes à época da solicitação, publicadas em Boletim do Comando da Aeronáutica.

10.12. No caso de instituições hospitalares, o CREDENCIADO obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:

10.12.1. identificação do beneficiário junto ao setor de admissão do CREDENCIADO onde estiver sendo assistido;

10.12.2. análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;

10.12.3. visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;

10.12.4. discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;

10.12.5. preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e

10.12.6. auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando Prontuário Médico e Relatório de Auditoria Hospitalar.

10.13. Para a realização de auditoria, o CREDENCIANTE poderá se valer de profissionais de saúde da própria Organização Credenciante, de outra Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA) ou de profissionais de empresa contratada para tal fim, sendo que o CREDENCIANTE realizará prévia comunicação ao CREDENCIADO.

10.14. Caso uma OSA ou Organização Militar de Saúde de outra Força Singular reúna as condições necessárias para prestar a adequada assistência ao beneficiário em regime de internação hospitalar, o CREDENCIANTE providenciará a transferência deste beneficiário para Hospital Militar, desde que o mesmo esteja em condições clínicas para tal e em comum acordo com a equipe assistente do serviço CREDENCIADO.

10.15. No caso de haver necessidade de prorrogação do tempo de internação além do período inicialmente autorizado por guia/documento próprio de encaminhamento, caberá ao CREDENCIADO encaminhar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, ao CREDENCIANTE, dentro do limite máximo de 05 (cinco) diárias, exceto as internações psiquiátricas cujo limite máximo de diárias por guia é de 15 (quinze) diárias.

10.15.1. Caberá ao CREDENCIADO encaminhar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, digitalizada, com 48 horas de antecedência do vencimento das diárias já autorizadas, para o e-mail [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), a qual será analisada pela Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ. O CREDENCIANTE responderá ao CREDENCIADO, via *e-mail*, a quantidade de diárias autorizadas na prorrogação, juntamente com a GAB. O CREDENCIADO deverá imprimir a GAB e solicitar assinatura do beneficiário ou responsável. O *e-mail* deverá ser impresso e anexado à fatura final, para comprovação das diárias autorizadas.

10.16. As internações eletivas ou em caráter de urgência/emergência serão acompanhadas pela Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ. Fica o CREDENCIADO responsável por enviar a solicitação e documentação necessária pelo *e-mail* [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), com cópia para [auditoriamed.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsausj@fab.mil.br), e enviar, também, a lista diária dos pacientes internados e dos pacientes que receberam alta (censo diário).

10.17. Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de um visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao CREDENCIANTE, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra

especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código próprio para parecer médico.

10.18. Para comprovação do total de diárias autorizadas, todas as guias/documentos próprios de autorização deverão estar anexos à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

10.19. No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada, o Beneficiário será internado em acomodação disponível e compatível com seu quadro clínico, até que seja transferido para acomodação previamente autorizada. Nestes casos, não caberão quaisquer ônus de diferença de preços daquele período para o CREDENCIANTE.

10.20. Em princípio, os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional do próprio CREDENCIADO. Equipara-se a esse profissional, a empresa, o grupo, a sociedade ou o conglomerado de profissionais que prestem serviço em caráter regular ao CREDENCIADO, desde que não tenham credenciamento próprio.

10.21. A execução e controle dos serviços contratados serão avaliados pelo CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

10.22. O CREDENCIADO deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Esta fatura deve conter a GAB original assinada e todos os comprovantes de despesas: relação de materiais e medicamentos utilizados com código TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da guia de encaminhamento, nome do usuário, código da tabela CBHPM, CBHPO, guia TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar); valor em reais; relatório de conferência e a comprovação das diárias autorizadas; além da ficha de produtividade com data, assinada e carimbada pelo profissional de saúde e assinada pelo beneficiário ou em casos que se fizer necessário pelo responsável legal.

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

10.24. As faturas apresentadas ao CREDENCIANTE, após o sétimo dia útil, serão auditadas somente no mês seguinte à data da entrega no Setor de Auditoria Técnica.

10.25. O CREDENCIADO terá prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da alta do usuário ou da execução do serviço prestado, para a apresentação da guia de encaminhamento original acompanhada da fatura e dos demais documentos comprobatórios. Após esta data, os demais documentos serão considerados inaptos para pagamento de todas as despesas apresentadas, cabendo à credenciada solicitar recurso com a devida justificativa ao atraso da apresentação da fatura (**Anexo N**), que será analisada pela auditoria Técnica, Chefe do FUNSA, ACI e devidamente autorizado pelo Comando.

10.26. Um representante da Auditoria Técnica, no prazo de até 90 (noventa) dias, a contar da data da entrega da fatura, informará ao CREDENCIADO por meio do *e-mail* [auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br), sobre as faturas que tiverem os seus valores, parcial ou totalmente, glosados, com os motivos das glosas efetuadas, discriminando o item e o valor dessas, através de relatório de não-conformidades. Para as faturas que estiverem adequadas, será enviado o relatório de conformidade.

10.27. O CREDENCIADO deverá dar ciência aos relatórios de conformidades e de não-conformidades, recebidos pelo *e-mail* [auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br), em até 07 (sete) dias, a

contar da data do envio do relatório, o qual deverá estar assinado e datado.

10.28. A resposta com a tratativa referente ao relatório de não conformidade terá um prazo de até 20 (vinte) dias para ser apresentado pelo CREDENCIADO, contados da data de ciência do relatório de não conformidade.

10.28.1. A resposta com a tratativa deve ser enviada por meio do *e-mail* [auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br), constando a descrição dos serviços contestados, número da guia, ítems e valores glosados e a justificativa técnica para que a não conformidade possa ser excluída.

10.28.2. Julgando procedente a justificativa, o CREDENCIANTE enviará o termo de Acordo de Negociação entre ambas as partes (**Anexo X**) o qual deve ser assinado por ambas as partes e assim se iniciará o processo para o pagamento. Caso contrário, o CREDENCIANTE informará o resultado ao CREDENCIADO.

10.29. Não serão efetuados pagamentos ao CREDENCIADO enquanto perdurar pendência de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual, inclusive quanto à apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados.

10.30. As tratativas deverão ser finalizadas em até 30 dias, da data da ciência do relatório de não conformidades, sendo concluídas com a assinatura de ambas as partes do relatório de acordo de negociação, conforme **Anexo X**.

10.31. Caso as não conformidades auditadas pela CREDENCIANTE não sejam aceitas pelo CREDENCIADO, a conta deste atendimento não será paga parcialmente e ficará aguardando o acordo entre ambas as partes em um prazo máximo de até 60 (sessenta) dias, a contar da data da ciência do relatório de não conformidade. Caso não haja acordo, por falta de justificativa da não conformidade apontada, as contas serão encerradas com a permanência das glosas descritas no relatório de não conformidade.

10.32. O CREDENCIADO poderá interpor pedido de reconsideração, nos termos do art. 165, II, da Lei nº 14.133, de 2021, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CONTRATANTE, conforme o Lista de Referencial de Glosa do **Anexo L** deste contrato, dentro do prazo de 3 (três) dias úteis.

10.33. Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas, no máximo, a cada 15 (quinze) dias. Nesses casos, deverão ser abertas guias de continuidade por prorrogação de período, com as devidas comprovações para a necessidade de prorrogação de internações.

10.34. Não serão autorizados procedimentos/OPME/materiais/medicamentos que não sejam comunicados antes da alta do paciente.

10.35. Nos casos em que o paciente for a óbito na rede credenciada, esta deve solicitar quaisquer e todas as autorizações pendentes dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas. As autorizações posteriores ao óbito serão realizadas na forma de ofício, e a fatura devará ser enviada juntamente com os ofícios autorizados em lote único, separado das autorizações que foram realizadas por GAB anteriores ao óbito.

10.36. Se algum médico (ou outro profissional de saúde) não credenciado prestar atendimento em Instituição credenciada ao GSAU-SJ, a conta deverá ser faturada por essa Instituição a qual repassará os honorários ao médico (ou outro profissional de saúde) que prestou o serviço.

10.37. É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros (associação de servidores, por exemplo) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

10.38. É vedado ao CREDENCIADO cobrar diretamente do beneficiário do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados, material, medicamento ou OPME, inclusive depósitos prévios, concernentes aos procedimentos constantes nas tabelas, quando o atendimento for realizado com apresentação de GAB.

10.39. É vedado ao CREDENCIADO solicitar ou induzir que o beneficiário do FUNSA, bem como quem o esteja acompanhando, que assine guia de atendimento, fatura ou qualquer outro documento em branco.

10.40. No caso do beneficiário exclusivo da AMH apresentar para atendimento a GEAM, o CREDENCIADO deverá realizar a cobrança total diretamente ao beneficiário, no ato do procedimento, de qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados. Deverão ser utilizadas as mesmas tabelas de custos constantes do Termo de Credenciamento.

10.41. A Emissão da Nota Fiscal de Serviço deverá ser realizada após a solicitação do Termo Circunstanciado pela Comissão de Fiscalização e Recebimento do GSAU-SJ

## **11. DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

11.1. O CREDENCIANTE obriga-se ao pagamento dos serviços prestados, adotando as seguintes tabelas de preços, cujos descritores e valores foram referenciados nas tabelas usuais do mercado de saúde suplementar, e os valores definidos a partir de pesquisa de preços praticados em saúde na região metropolitana do Vale do Paraíba.

11.2. Somente serão aceitos procedimentos de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar o SISAU.

11.3. Os procedimentos médicos e os procedimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), Consultas Médicas e Exames Complementares serão pagos de acordo com os valores descritos em tabela de referencial de custo. Os demais procedimentos não discriminados serão remunerados conforme Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2012 5ª Edição) plena e em conformidade com suas instruções e regramentos.

11.4. Em caso de retorno de consulta ambulatorial, inclusive para entrega e avaliação de exames complementares solicitados, não será cobrada nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para agendar consulta de retorno em até 30 (trinta) dias a contar da data da última consulta.

11.5. Nos pronto-atendimentos serão considerado retorno, sem direito à cobrança de nova consulta, o atendimento do mesmo paciente realizado dentro de 24 horas do horário da alta.

11.6. Para honorários profissionais, excetuando-se as consultas médicas e procedimentos descritos em tabela de referencial de custo, será adotado, como referencial para codificação e descrição dos procedimentos o previsto no padrão TISS, Representação de Conceitos em saúde, da Terminologia de Procedimentos e Eventos em Saúde (ANS).

11.7. Para honorários de profissionais de saúde não médicos, serão observados os valores constantes no referencial de custo e o referencial da codificação será o código TUSS.

11.8. Para os SADT em que seja necessário o uso de filme radiológico, o mesmo será pago de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, atualizados anualmente, em conformidade com as quantidades previstas na CBHPM 2012.

11.9. Para as DIÁRIAS, TAXAS HOSPITALARES E GASES MEDICINAIS, serão aplicados os valores de referência da tabela constante do referencial de custo, cujos códigos e descritores

obedecem ao previsto no Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), Representação de Conceitos em Saúde (ANS).

11.10. Para MEDICAMENTOS, de uso não restrito hospitalar, será usado como referência Tabela Brasíndice, prioritariamente o Preço de Fábrica (PF), plena, vigentes quando do respectivo atendimento.

11.11. Para medicamentos de uso restrito hospitalar, será usado como referência Tabela Brasíndice, prioritariamente o Preço de Fábrica (PF), com acréscimo ou decréscimo percentual em conformidade com **Anexo V**, vigentes quando do respectivo atendimento.

11.12. Para tratamento de quimioterapia, terapia hormonal, terapia alvo-molecular e terapia imunobiológica, será usado como referência a Tabela Brasíndice, prioritariamente o Preço de Fábrica (PF) com acréscimo ou decréscimo percentual em conformidade com **Anexo V**.

11.13. Medicamentos serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações que tecnicamente permitirem seu fracionamento.

11.14. Para fins de valoração, a medicação será considerada com base no princípio ativo constante da Denominação Comum Brasileira (DCB), conforme legislação sanitária vigente, sendo priorizado o uso de medicamentos genéricos ou equivalentes terapêuticos devidamente registrados na ANVISA.

11.14.1.1 Quando houver justificativa médica expressa que recomende a utilização do medicamento de marca específica, ou que contraindique o uso de genérico ou similar, o CREDENCIANTE deverá respeitar a prescrição, mediante a apresentação do respectivo laudo ou relatório técnico.

11.15. Para medicamentos de valor unitário acima de R\$ 500,00 (quinhentos reais) ou cujo somatório apresente um valor mínimo de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) serão liberados mediante autorização prévia. A autorização do GSAU-SJ será solicitada através do endereço eletrônico [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), mediante justificativa do médico assistente mediante relatório médico na própria guia de internação ou em receituário, esclarecendo doses e tempo de tratamento, e esta solicitação deverá ocorrer com dois dias de antecedência. Quando forem empregados em situação de urgência, o médico assistente fará solicitação por escrito, especificando doses, que deverá ser encaminhada ao GSAU-SJ para autorização no primeiro dia útil após o uso. Medicamentos serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações que tecnicamente permitirem seu fracionamento.

11.16. Em casos da prescrição de antibióticos / antifúngicos / antivirais com valores contemplados no item 11.15, assim como o escalonamento dos mesmos, será necessário também um relatório da CCIH do CREDENCIADO, devidamente assinado pelo responsável, justificando o seu uso.

11.17. Para produtos de ALIMENTAÇÃO ENTERAL: dieta, equipo e frasco, serão valorados conforme **Anexo V**.

11.18. Para produtos de ALIMENTAÇÃO PARENTERAL: dieta, equipo e frasco, serão valorados conforme **Anexo V**.

11.19. Nos casos de internação domiciliar a aquisição de dietas enterais e suplementos nutricionais, quando necessários, será feita pelo CREDENCIANTE, ou pelo paciente na modalidade de ressarcimento, quando o CREDENCIANTE não reunir condições técnico administrativas para o fornecimento.

11.20. Para MATERIAIS de consumo hospitalar, serão utilizados os valores previstos no **Anexo V**.

11.21. Itens sem publicação em SIMPRO e BRASÍNDICE, serão remunerados pelo valor da nota fiscal, com ou sem deflator, conforme **Anexo V**.

11.22. Medicamentos anestésicos terão a vazão considerada conforme o seguinte critério:  
Quadro de Vazão de Anestésico:

**Quadro 3: quadro de vazão de anestésico:**

| MEDICAMENTO | COM O2 | SEM O2 |
|-------------|--------|--------|
| Halotano    | 10ml/h | 13ml/h |
| Enflurane   | 13ml/h | 15ml/h |
| Isoflurane  | 10ml/h | 13ml/h |
| Sevoflurane | 20ml/h | 17ml/h |

11.23. Para OPME (órteses, próteses, materiais e especiais), a base de cálculo será pago o valor da nota fiscal acrescido, conforme **Anexo V**, para cobrir gastos com seleção, armazenamento e processamento do material.

11.24. Na solicitação de OPME, o CREDENCIADO deverá apresentar ao CREDENCIANTE 03 (três) orçamentos de fornecedores próprios, com nome do paciente e do médico solicitante, que serão submetidos à auditoria prévia pelo e-mail [auditoriamed.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsausj@fab.mil.br), com cópia para [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), com pelo menos 14 (quatorze) dias de antecedência à utilização, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise.

11.25. A partir de um valor mínimo de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), o(s) item(s) de OPME será(ão) objeto de pré-regulação pelo CREDENCIANTE.

11.26. Caso a soma de itens de OPME em um mesmo procedimento seja inferior a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), não será necessária a pré-regulação do(s) item(s) de OPME pelo CREDENCIANTE.

11.27. Para comprovação do valor do OPME, a Nota Fiscal emitida em nome do paciente pelo fornecedor do OPME e as etiquetas/embalagens dos produtos deverão estar anexadas à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

11.28. Quando o procedimento do atendimento não constar da tabela CBHPM referenciada, poderá ser adotada a CBHPM mais atual, utilizando-se para fins de cálculo do procedimento, a tabela CBHPM 2018 com UCO de R\$ 14,33 e filme conforme item 11.8 do Edital.

11.29. Caso o procedimento incorpore categorias (porte de ato médico, porte anestésico, UCO, filme), prevista em taxa de sala ou equipamento descrita no referencial de custo, o mesmo não será remunerado, evitando assim sobreposição de pagamento.

11.30. Não há cobertura contratual para:

11.30.1. Material de higiene pessoal;

11.30.2. Equipamento de Proteção individual / Paramentação (inclusos nas taxas e diárias);

11.30.2.1. Pomadas, cremes de uso preventivo, cremes hidratantes;

11.30.2.2. Acomodações hospitalares acima do padrão previsto em convênio, contrato ou termo de credenciamento;

11.30.2.3. Pilates, hidroterapia, medicina ortomolecular e outras terapias alternativas;

- 11.30.2.4. Procedimentos estéticos (clínicos ou cirúrgicos), assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários ao seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante de uma cirurgia estética;
- 11.30.2.5. Cirurgia refrativa, assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários a seu seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante da cirurgia refrativa;
- 11.30.2.6. Métodos de reprodução humana assistida, assim como os procedimentos necessários a sua execução, acompanhamento e/ou considerados parte integrante do método de reprodução assistida;
- 11.30.2.7. Quaisquer procedimentos ou tratamentos de complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo SISAU;
- 11.30.2.8. Despesas com acompanhante, inclusive taxa de refeição para acompanhante, conforme previsto nos inciso V do artigo 27, incisos VI dos artigos 29 e 31, assim como nos parágrafos únicos dos referidos artigos, do decreto 92.512/86;
- 11.30.2.9. Despesas não relacionadas com o tratamento especificamente autorizado pela OC;
- 11.30.2.10. Exames e outros procedimentos que visem à pesquisa científica;
- 11.30.2.11. Exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação da OC (exceto em casos de comprovada urgência/emergência, conforme itens 10.2.4 e 10.2.5 acima);
- 11.30.2.12. Medicamentos, materiais e dispositivos de uso ambulatorial, exceto quando beneficiário é portador de doença neoplásica, auto-imune ou genética que necessitar de medicamento de uso domiciliar para quimioterapia/terapia hormonal/ terapia alvo-molecular/terapia imunobiológica, enquadrados nos casos previstos no item 8.1.10 da NSCA 160-5/2022;
- 11.30.2.13. Óculos (lentes e armações) e lentes de contato;
- 11.30.2.14. Procedimentos de saúde sem indicação clínica precisa;
- 11.30.2.15. Exames admissionais;
- 11.30.2.16. Inspeções de saúde que não sejam de interesse da administração;
- 11.30.2.17. Sessões, entrevistas ou consultas psicoterápicas e psicanalíticas, terapias de grupo e similares, exceto quando enquadrados nos casos previstos no item 8.1.11 da NSCA 160-5/2022;
- 11.30.2.18. Trabalhos odontológicos com finalidade estética;
- 11.30.2.19. Próteses e órteses com finalidade estética;
- 11.30.2.20. Próteses e órteses cuja colocação não exija a realização de procedimento cirúrgico;
- 11.30.2.21. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- 11.30.2.22. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- 11.30.2.23. Exames de DNA com a finalidade de comprovação de paternidade;
- 11.30.2.24. Escleroterapia líquida de varizes;
- 11.30.2.25. Procedimentos de controle de natalidade (cirúrgicos ou não), exceto quando houver indicação clínica formal (risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos); e
- 11.30.2.26. Imunizações contra doenças infecciosas ou alérgicas (vacinas).

11.31. A Diária Hospitalar inclui assistência enfermagem, serviço de camareira, copeira, serviços gerais, alojamento e alimentação do paciente e será paga conforme os valores constantes no referencial de custos do GSAU-SJ para contratos de credenciamento - **Anexo V** do Edital.

11.32. Excluir-se-á do valor da diária do CTI, os exames complementares, sangue e derivados, curativos especiais, gases, materiais, medicações, ventilação mecânica, máquina de hemodiálise, intercorrências cirúrgicas e honorários médicos.

11.33. Os valores e as condições de pagamento referentes às diárias das acomodações para internação a que têm direito os beneficiários do FUNSA serão cobrados de acordo com o referencial de custos do FUNSA do GSAU-SJ para contratos de credenciamento - **Anexo V** do Edital.

11.34. As contas geradas por pacientes internados em acomodações superiores, por iniciativa do credenciado, deverão respeitar a classificação hierárquica do plano do usuário para as devidas valorações de honorários, taxas, materiais e medicamentos, conforme descrito neste edital e seus anexos.

11.35. Constam dos anexos deste Edital, regras especiais de remuneração, conforme o serviço ou especialidade, cujo o justo valor será encontrado da seguinte forma:

11.35.1. Afasta-se a presente regra de preço caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.

11.35.2. Os Gases medicinais serão cobrados conforme valores constantes no referencial de custos do FUNSA do GSAU-SJ, para contratos de credenciamento - **Anexo V** do Edital;

11.36. Em medicamentos não constantes da Lista de Preços de Medicamentos para compras públicas - medicamentos de preço livre:

11.36.1. O CREDENCIADO comprovará o custo do medicamento, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor;

11.36.2. O CREDENCIANTE realizará a aferição das faturas, especialmente quanto à adequação do custo ao preço de mercado, por meio de seu Serviço de Auditoria Técnica, conforme o procedimento previsto no contrato.

11.37. O pagamento será precedido de consulta quanto à regularidade fiscal do CREDENCIADO.

11.38. Os pagamentos serão efetuados mediante Ordem Bancária, em favor do CREDENCIADO, na Conta Corrente, Agência e Banco informados, após a apresentação de Nota Fiscal dos serviços e lisura das faturas devidamente discriminadas. Deverá constar no corpo das respectivas faturas o período de competência do faturamento.

11.39. A Nota Fiscal correspondente à prestação do serviço deverá ser emitida em nome do COMANDO DA AERONÁUTICA, GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, portador do CNPJ nº 00.394.429/0164-57, da qual deverá constar o número da Nota de Empenho correspondente e os dados bancários do CREDENCIADO, para crédito em conta corrente do valor devido, assim como a discriminação detalhada dos serviços cobrados.

11.40. O CREDENCIANTE efetuará o pagamento das faturas apresentadas nas condições prescritas, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contado da data de protocolo de

recebimento da nota fiscal no GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JODÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ, após a aferição da respectiva lisura.

11.41. Quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento provocados exclusivamente pela Administração Pública Federal, o valor devido deverá ser acrescido de compensação financeira e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = (TX/100)/365$$

EM = I x N x VP, onde:

I = Índice de compensação financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela em atraso.

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

11.43. Sobre o valor devido ao CREDENCIADO, a Administração Pública Federal 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. Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 116, de 2003, e legislação municipal aplicável.

11.44. O CREDENCIADO regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006, 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.

11.45. O procedimento de aferição as faturas dar-se-á da seguinte forma:

11.45.1. O CREDENCIADO terá prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da alta do usuário ou da execução do serviço prestado, para a apresentação da guia de encaminhamento original acompanhada da fatura e dos demais documentos comprobatórios. Após esta data, os demais documentos serão considerados inaptos para pagamento de todas as despesas apresentadas, cabendo à credenciada solicitar recurso com a devida justificativa ao atraso da apresentação da fatura (**Anexo N**), que será analisada pela auditoria Técnica, Chefe do FUNSA, ACI e devidamente autorizado pelo Comando.

11.45.2. A documentação poderá ser entregue presencialmente e devidamente protocolada em livro de registro ou poderá ser entregue por meio de carta registrada.

11.45.3. A Seção de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, possuirá o prazo de 90 (noventa) dias, contado a partir do item 11.47.2, para enviar o relatório de conformidade ou de não conformidade com apontamentos de glosas e seus motivos

11.45.4. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 7 (sete) dias do respectivo protocolo; e

11.46. O CREDENCIADO deverá dar ciência aos relatórios de conformidades e de não-conformidades, recebidos pelo *e-mail* [auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br), em até 07 (sete) dias, a contar da data do envio do relatório, o qual deverá estar assinado e datado.

11.47. O CREDENCIANTE glosará, total ou parcialmente, mediante motivação, a remuneração pelos serviços prestados especificados nas faturas que não estiverem de acordo com este edital.

11.48. As tratativas deverão ser finalizadas em até 30 dias, da data da ciência do relatório de não conformidades, sendo concluídas com a assinatura de ambas as partes do relatório de acordo de negociação, conforme **Anexo X**. Caso as não conformidades auditadas pela CREDENCIANTE não sejam aceitas pelo CREDENCIADO, a conta deste atendimento não será paga parcialmente e ficará aguardando o acordo entre ambas as partes em um prazo máximo de até 60 (sessenta) dias, a contar da data da ciência do relatório de não conformidade. Caso não haja acordo, por falta de justificativa da não conformidade apontada, as contas serão encerradas com a permanência das glosas descritas no relatório de não conformidade.

11.49. O CREDENCIADO poderá interpor pedido de reconsideração, nos termos do art. 165, II, da Lei nº 14.133, de 2021, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CONTRATANTE, dentro do prazo de 3 (três) dias úteis

11.50. Somente serão aceitas faturas com as guias originais com assinatura física ou guias com assinaturas digitais, que permitam a devida comprovação da veracidade.

11.51. A emissão da Nota Fiscal será autorizada por meio do *e-mail* [comissaoefiscalizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:comissaoefiscalizacao.gsausj@fab.mil.br);

11.52. A Nota Fiscal deverá ser emitida com os seguintes dados:

11.52.1. GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Endereço: Praça Marechal Eduardo Gomes, 50 Jardim das Acácias, São José dos Campos-SP. CEP: 12228-615. CNPJ 0394.429/0164-57

11.53. Uma vez procedente o recurso da glosa, o CREDENCIANTE efetuará o pagamento. Caso contrário, o CREDENCIANTE informará o resultado ao CREDENCIADO e arquivará a documentação.

11.54. Toda situação anormal, que impossibilite ou prejudique o pagamento das despesas, será informada ao CREDENCIADO.

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

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

11.57. É vedado ao CREDENCIADO transferir a terceiros os direitos ou créditos decorrentes do contrato.

## **12. DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS**

12.1. Os valores previstos no corpo do Edital e em seus anexos (Referencial de Custos) poderão ser atualizados e republicados a qualquer tempo, vinculando os contratos então existentes a partir de sua publicação, tendo como parâmetro pesquisa de preços, nos termos da Instrução Normativa SGSEDGGD/ME 65/2021.

12.2. Os preços dos medicamentos serão pagos pela tabela BRASINDICE, com atualização publicada pela ANVISA, em momento e condições previstos nas resoluções da referida autarquia federal, conforme **Anexo V**.

12.3. O SADT e os procedimentos médicos serão pagos pela tabela de referencial de custos do GSAU-SJ, que reflitam a realidade do mercado regional.

12.4. O filme radiológico será pago pela tabela do Colégio Brasileiros de Radiologia vigente, conforme condições e critérios da referida instituição, e apenas serão pagos se impressos e fornecidos ao paciente.

12.5. A atualização dos valores contratados poderá refletir diminuição dos anteriormente fixados.

### **13. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE**

13.1. O CREDENCIANTE obriga-se a:

13.1.1. Efetuar o pagamento no tempo, lugar e forma estabelecidos no contrato;

13.1.2. As fases do processamento das despesas médicas deverão ser acompanhadas por parte do órgão executor do FUNSA do GSAU-SJ, por intermédio de auditorias prospectiva, concorrentes e retrospectiva, além da verificação da lisura e inspeções administrativas, conforme estabelece os itens 2.1.6, 2.1.7 e 2.1.8 da NSCA 160-7.

### **14. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS**

14.1. O CREDENCIADO obriga-se a:

14.1.1. Indicar formalmente à Administração Pública Federal os prepostos e/ou responsáveis pela prestação dos serviços, objeto deste Edital;

14.1.2. Manter disponibilidade de mão de obra dentro dos padrões quantitativo e qualitativo suficientes para atender a demanda ordinária, bem como eventuais acréscimos solicitados pela Administração Pública Federal, respeitadas as disposições da legislação trabalhista vigente;

14.1.3. Arcar com o custo do fornecimento de uniformes e equipamentos de proteção individual (EPI) para a mão de obra envolvida, sendo vedado o repasse de tal custo ao CREDENCIANTE;

14.1.4. Efetuar a reposição da mão de obra nos serviços, em caráter imediato, em eventual ausência;

14.1.5. Atender de imediato as solicitações relativas à substituição de mão de obra desqualificada ou entendida por parte da Administração Pública Federal como inadequada para a prestação dos serviços;

14.1.6. Instruir o seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da Administração Pública Federal, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Saúde Ocupacional;

14.1.7. Relatar à Administração Pública Federal toda e qualquer irregularidade nos serviços prestados;

14.1.8. Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultantes da execução do contrato, nos termos da legislação aplicável; e,

14.1.9. Manter, durante a execução do contrato, todas as condições exigidas para habilitação e qualificação no presente Edital.

14.1.9.1. Nesse caso, é vedada a retenção de pagamento se o contratado não incorrer em qualquer inexecução do serviço;

14.1.9.2. A Administração poderá conceder um prazo para que o CREDENCIADO regularize suas condições de habilitação, sob pena de rescisão contratual, quando não identificar má-fé ou a incapacidade da empresa de corrigir a situação.

## **15. DAS SANÇÕES**

15.1. O CREDENCIADO será responsabilizado administrativamente nas seguintes hipóteses:

15.1.1. dar causa à inexecução parcial do contrato;

15.1.2. dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

15.1.3. dar causa à inexecução total do contrato;

15.1.4. ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;

15.1.5. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o credenciamento ou prestar declaração falsa durante credenciamento ou a execução do contrato;

15.1.6. fraudar o credenciamento ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

15.1.7. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

15.1.8. praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;

15.1.9. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

15.2. Pelo atraso injustificado na execução das obrigações decorrentes do contrato, o CREDENCIADO estará sujeito às seguintes multas:

15.2.1. Multa, prevista no art. 156, II da Lei nº 14.133, de 2021, será calculada no percentual de 0,5 % (meio por cento) sobre o valor do serviço em mora, por dia de atraso até o limite de 30 (trinta) dias;

15.2.2. Multa, prevista no art. 156, II da Lei nº 14.133, de 2021, será calculada no percentual de 1 % (um por cento) sobre o valor do serviço em mora, incidente a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, nas hipóteses de atraso por período superior ao previsto no item acima, limitado em até 60 (sessenta) dias;

15.2.3. As multas acima não impedem que a Administração Pública Federal rescinda unilateralmente o contrato e aplique as outras sanções previstas neste Edital.

15.3. O descumprimento das obrigações contratuais, inclusive sua inexecução, total ou parcial, e/ou das condições previstas neste Edital sujeitará o CREDENCIADO, na forma do disposto no

art. 156, da Lei nº 14.133, de 2021, às seguintes penalidades:

15.3.1. Advertência;

15.3.2. Multa, que não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato;

15.3.3. Impedimento de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública Federal direta e indireta, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos; e,

15.3.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública direta ou indireta de todos os entes federados, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos.

15.4. As sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública poderão também ser aplicadas às empresas ou aos profissionais que, em razão dos contratos regidos por esta Lei:

15.4.1. Tenham sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

15.4.2. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos do credenciamento;

15.4.3. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

15.5. As penalidades serão aplicadas após regular processo administrativo, em que seja assegurado ao licitante o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos que lhes são inerentes.

15.6. A multa será descontada da garantia do contrato e de pagamentos eventualmente devidos pela Administração Pública Federal ou cobrada judicialmente.

15.7. As sanções previstas nos subitens 15.3.1, 15.3.3 e 15.3.4 poderão ser aplicadas juntamente com a do subitem 15.3.2, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo legal.

15.8. A sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública é de competência do Ministro de Estado da Defesa, precedida de análise jurídica e facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo legal.

15.9. As demais sanções são de competência exclusiva do Ordenador de Despesas do GSAU-SJ.

## **16. DA RESCISÃO**

16.1. Os contratos poderão ser rescindidos nos casos de inexecução total ou parcial, na incidência dos motivos citados no art. 155 da Lei nº 14.133, de 2021, conforme abaixo descrito:

16.1.1. Determinado por ato unilateral e motivado da Administração Pública Federal, nos seguintes casos:

16.1.1.1. não cumprimento ou cumprimento irregular de normas editalícias ou de cláusulas contratuais, de especificações, de projetos ou de prazos;

16.1.1.2. desatendimento das determinações regulares emitidas pela autoridade designada para acompanhar e fiscalizar sua execução ou por autoridade superior;

16.1.1.3. alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da empresa que restrinja sua capacidade de concluir o contrato;

16.1.1.4. decretação de falência ou de insolvência civil, dissolução da sociedade ou falecimento do contratado;

16.1.1.5. caso fortuito ou força maior, regularmente comprovados, impeditivos da execução do contrato;

16.1.1.6. razões de interesse público, justificadas pela autoridade máxima do órgão ou da entidade contratante; e

16.1.1.7. não cumprimento das obrigações relativas à reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz.

16.1.2. Por acordo entre as partes, reduzida a termo no procedimento de credenciamento, desde que haja conveniência para a Administração Pública Federal e não prejudique a saúde dos beneficiários do FUNSA, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias:

16.1.2.1. Estando em processo de apuração de irregularidades na prestação de seus serviços, o CREDENCIADO não poderá solicitar a rescisão, enquanto não concluído o processo de apuração.

16.1.3. Por rescisão judicial, promovida por parte do CREDENCIADO, se a Administração Pública Federal incidir em quaisquer das seguintes hipóteses:

16.1.3.1. Supressão, por parte da Administração, de obras, serviços ou compras que acarrete modificação do valor inicial do contrato além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021;

16.1.3.2. suspensão de execução do contrato, por ordem escrita da Administração, por prazo superior a 3 (três) meses;

16.1.3.3. Repetidas suspensões que totalizem 90 (noventa) dias úteis, independentemente do pagamento obrigatório de indenização pelas sucessivas e contratualmente imprevistas desmobilizações e mobilizações e outras previstas;

16.1.3.4. atraso superior a 2 (dois) meses, contado da emissão da nota fiscal, dos pagamentos ou de parcelas de pagamentos devidos pela Administração por despesas de obras, serviços ou fornecimentos.

16.2. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada autoridade competente, observado o devido processo legal.

16.3. O Ordenador de Despesas do GSAU-SJ poderá, no curso de processo de apuração das hipóteses de rescisão administrativa, interromper temporariamente a execução dos serviços, observado o limite fixado no Subitem 16.1.3.1

16.4. Quando a rescisão ocorrer sem que haja culpa do CREDENCIADO, será este ressarcido dos prejuízos regularmente comprovados, tendo direito a:

16.4.1. Devolução de garantia;

16.4.2. Pagamentos devidos pela execução do contrato até a data da rescisão;

16.4.3. Pagamento do custo da desmobilização.

16.5. A rescisão unilateral, por ato da Administração Pública Federal, acarreta as seguintes consequências, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital:

16.5.1. Execução da garantia contratual, quando houver, para: a) ressarcimento da Administração Pública por prejuízos decorrentes da não execução; b) pagamento de multas devidas à Administração Pública.

16.5.2. Retenção dos créditos decorrentes do contrato até o limite dos prejuízos causados à Administração Pública Federal e das multas aplicadas.

16.6. É permitido à Administração Pública Federal, no caso de recuperação judicial ou extrajudicial do CREDENCIADO, manter o ajuste, podendo assumir o controle de determinadas atividades de serviços essenciais.

16.7. Em caso de rescisão, os tratamentos em curso deverão ser concluídos por parte do CREDENCIADO, salvo nos casos de expressa manifestação técnica ou administrativa do CREDENCIANTE.

16.8. A rescisão não eximirá o CREDENCIADO das garantias assumidas em relação aos serviços executados e de outras responsabilidades que legalmente lhe possam ser imputadas.

16.9. A rescisão poderá ainda ser realizada por ato unilateral do CREDENCIADO, mediante descredenciamento por solicitação, ocasião em que gerará efeitos a partir de 30 (trinta) dias do protocolo do pedido.

## **17. DOS RECURSOS**

17.1. Dos atos da Administração Pública Federal referentes ao indeferimento dos pedidos de credenciamento e demais procedimentos previstos neste Edital caberão recursos administrativos na forma e nos prazos previstos no art. 17 do Decreto nº 11.878, de 2024 e do art. 165 da Lei nº 14.133, de 2021.

17.1.1. O recurso será formalizado em processo administrativo, observado o devido processo legal.

17.2. Os recursos deverão ser via sistema do Compras.gov.br.

## **18. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E PEDIDOS DE INFORMAÇÕES**

18.1. Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar o presente edital, após sua publicação no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP.

18.2. Os pedidos de impugnação ou informações deverão ser formalizados no sistema Compras.gov.br.

18.3. Caberá à Comissão Permanente de Credenciamento de Saúde Complementar do GSAU-SJ julgar e responder à impugnação em até 3 (três) dias úteis.

## **19. DA REVOGAÇÃO**

19.1. A Administração Pública Federal poderá revogar a licitação por razões de interesse público decorrentes de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta.

19.1.1. A revogação será precedida de procedimento administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, e formalizada mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

## **20. DOS CONTATOS**

20.1. Setor de Credenciamento: *e-mail* [credenciamento.gsau-sj@fab.mil.br](mailto:credenciamento.gsau-sj@fab.mil.br), telefone (12) 3947-4282;

20.2. Setor de Emissão de Guia de Atentimento de Beneficiário – GAB: *e-mail* [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), telefone (12) 3947-3139;

20.3. Setor de Auditoria Técnica: *e-mails* [auditoriamed.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsausj@fab.mil.br), [auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br) e [auditoriafinanceira.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriafinanceira.gsausj@fab.mil.br), telefone (12) 3947-3057; e

20.4. Setor de Emergência (Plantão do Médico-de-dia): *e-mail* [emergencia.gsausj@fab.mil.br](mailto:emergencia.gsausj@fab.mil.br) telefone (12) 3947-3300 e/ou (12) 99167 5672.

## **21. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

21.1. A qualquer tempo, o CREDENCIANTE, assistido por terceiros contratados para tal fim, poderá realizar inspeção nas instalações dos CREDENCIADOS para verificação das condições de atendimento, de higiene, de equipamentos e de capacidade técnico-operativa.

21.2. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do CREDENCIADO, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta.

21.3. É facultada a autoridade competente, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, inclusive com a fixação de prazo de resposta.

21.4. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

21.5. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL.

21.6. Em caso de revogação deste Edital, extinção, resolução ou rescisão do Contrato, havendo internação, o contrato continuará vigente até que o paciente tenha alta médica ou seja possível a transferência para outra OCS.

21.6.1. Havendo contrato com outra OCS, ligado ao novo Edital de credenciamento, que pratique o mesmo objeto, o paciente deverá ser transferido, desde que tecnicamente possível.

21.6.2. Se a OCS, na qual o paciente está internado, firmar novo contrato conectado a novo credenciamento, este passará a regular a internação.

21.7. Os casos omissos serão resolvidos, pelo Comandante do GSAU-SJ, com base nas disposições constantes da Lei nº 14.133, de 2021 e no Decreto nº 11.878, de 2024 e nas demais Leis, Decretos, Portarias e Instruções Normativas a que este instrumento de convocação se encontra subordinado.

21.8. As dúvidas referentes ao Edital poderão ser formuladas ao FUNSA do GSAU-SJ, pelo telefone (12) 3947-4282 e/ou encaminhadas para endereço eletrônico [credenciamento.gsausj@fab.mil.br](mailto:credenciamento.gsausj@fab.mil.br)

## **22. DO FORO**

22.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

\*data conforme assinatura eletrônica\*

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

## ANEXO A – MINUTA DE TERMO DE CONTRATO HOSPITAIS E MATERNIDADES



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

CONTRATANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/ DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL / GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

CONTRATADO: Hospitais e Maternidades.

OBJETO: Prestação de serviços de assistência médico- hospitalar.

NATUREZA: Ostensiva. VIGÊNCIA: 120 (cento e vinte) meses

VALOR ESTIMADO:

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: CONTRATO Nr\_\_\_\_:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL – DCTA, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR, portador da cédula de identidade nº 499889 expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629.392-20, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que

integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus respectivos dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de **Hospitais Geral e Maternidade**, assistência médico-hospitalar, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência em regime de 24(vinte e quatro) horas diárias.

1.1. O objeto contratual abrange as seguintes especialidades: (QUAIS AS ESPECIALIDADES)

1.1.1. (Especificar os procedimentos cobertos por este contrato), devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

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

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO D APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

### **CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 10 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, do edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

5. Para atendimentos e/ou procedimentos eletivos, o paciente poderá se dirigir para as instalações do CONTRATADO, por meios próprios, portando os documentos previamente autorizados pelo CONTRATANTE.

6. A remoção do paciente para o Hospital Credenciado será de responsabilidade do CONTRATANTE com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, próprio ou contratado por meio de credenciamento.

7. A remoção do paciente das instalações do CONTRATADO para realização de exames fora de suas dependências, é preferencialmente de responsabilidade do CONTRATADO, devendo ser utilizada ambulância própria desde que previamente comunicado e autorizado pelo CONTRATANTE, em conformidade com os valores da tabela do referencial de custo do Edital.

7.1. Em caso de indisponibilidade de ambulância pelo CONTRATADO, o CONTRATANTE poderá auxiliar na remoção do paciente com veículo próprio ou de outro serviço credenciado.

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

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

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

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

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

10.1. O membro do Corpo Clínico do CONTRATADO;

10.2. O que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO; e

10.3. O autônomo que presta serviço ao CONTRATADO.

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

12. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados, pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE, às dependências do CONTRATADO, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

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

14. A solicitação de exame ou de procedimento coberto pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica - FUNSA, decorrente de atendimento realizado em OCS ou por PSA, será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria do GSAU-SJ, que decidirá pela sua autorização ou negação.

15. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário.

16. Os beneficiários do FUNSA têm direito à cobertura ou ao financiamento de órteses e próteses não odontológicas, nos termos da NSCA 160-5/2022, após a indispensável indicação de médico especialista, devidamente justificada por meio de relatório e exames especializados, e aprovada por médico militar.

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

submetido ao parecer da regulação da Diretoria de Saúde;

16.2. Ao beneficiário do FUNSA será permitida a utilização de órteses e próteses não odontológicas por importação, quando não houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento, e estará condicionada à autorização prévia do GSAU-SJ, após consulta à Diretoria de Saúde.

17. Os tratamentos não cobertos pelo FUNSA, conforme item 11.30 do edital, não se incluem na presente contratação.

17.1. Caso solicitado algum tratamento não coberto, o CONTRATADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, de procedimento, material e afins.

18. No caso de óbito ocorrido com paciente internado, o CONTRATADO notificará, de imediato, a família do paciente e ao FUNSA, através do telefone (12) 3947-3057 e/ou endereço de e-mail [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), a quem caberá tomar as providências subsequentes.

19. Nos casos de internação, o CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia ao FUNSA do GSAU-SJ, conforme o modelo do **Anexo J** deste contrato.

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

21. As faturas referentes às internações de longa permanência (com mais de quinze dias) deverão ser subtotalizadas e entregues dentro do mês de internação do paciente com a apresentação das despesas, pelo CONTRATADO.

21.1. O CONTRATADO deverá remeter, diariamente, via email: [auditoriamed.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsausj@fab.mil.br), com cópia para [auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br) e [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), do FUNSA, a lista de pacientes internados.

22. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do Comando do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

23. O Serviço de Auditoria Técnica do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

24. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme a Seção 11 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

25. Registrem-se abaixo rgras de contraprestação específicas a este tipo de contrato:

25.1. O CONTRATADO acolherá por contraprestação os procedimentos de prestação de serviços – **Anexo V** do edital – que conjuguem avaliação, prescrição e acompanhamento com acomodações (hotelaria), taxas hospitalares, instrumental cirúrgico, gasometria, equipamentos e outros serviços especiais para efetivação do tratamento proposto.

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

27. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte de um médico de uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), acompanhado da Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

27.1. No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, conforme itens 10.2.4 e 10.2.5 do Edital.

28. Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão pagos por parte do CONTRATANTE.

28.1. As despesas referentes ao filho recém-nascido da beneficiária dependente ou da pensionista contribuinte (neto de militar), serão custeadas em 100% (cem por cento) de seu valor, pelo usuário responsável, a ser cobrado diretamente pelo CONTRATADO.

28.2. O FUNSA não cobre despesas com acompanhantes conforme item 11.32 deste Edital.

29. A Diária Hospitalar será contada do dia imediato da internação, excluído o dia da alta hospitalar, se a mesma ocorrer até às 12 horas.

30. O CONTRATADO deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Esta fatura deve conter a GAB original assinada e todos os comprovantes de despesas: relação de materiais e medicamentos utilizados com código TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da guia de encaminhamento, nome do usuário, código da tabela CBHPM, CBHPO, guia TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar); valor em reais; relatório de conferência e a comprovação das diárias autorizadas; além da ficha de produtividade com data, assinada e carimbada pelo profissional de saúde e assinada pelo beneficiário ou em casos que se fizer necessário pelo responsável legal.

31. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado.

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

32. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

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

33. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 a Lei nº 14.133, de 2021.

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

34. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

34.1. Para OCS: (Verificar com Auditoria Financeria qual valor destinado).

34.2. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financeria qual valor destinado)

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

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

36. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

37. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções**

38. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” - do edital de credenciamento.

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

39. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 16 – “DA RESCISÃO” – do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante**

40. As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado**

41. As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Das acomodações para internação**

42. Os padrões de acomodações hospitalares para os beneficiários do FUNSA e seus dependentes serão, de acordo com a disponibilidade, os seguintes:

42.1. Para oficiais, Alunos da EPCAR, Cadetes e seus dependentes:

42.1.1. Quartos privativos;

42.2. Para suboficiais, sargentos, Alunos da EEAR e seus dependentes:

42.2.1. Quarto semiprivativo.

42.3. Para cabos, soldados e seus dependentes:

42.3.1. Enfermarias.

43. No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com os padrões a que tem direito o beneficiário do FUNSA, a OCS obrigar-se-á a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior,

sem ônus para o beneficiário ou para o FUNSA.

44. Será também reconhecido como modalidade de acomodação para as internações dos pacientes o serviço de “Hospital-Dia”, sendo coberto para todos os beneficiários deste Termo de Contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da negação de remuneração a militares**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Da subcontratação**

46. É permitido ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

46.1. Objeto – atendimento hospitalares e maternidade -, pessoa jurídica subcontratada: Feitura de atendimentos Hospitalares e de Maternidade Ltda.

47. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

48. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Do valor do contrato**

49. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

49.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período, em consonância com o regime de empreitada por preço unitário;

49.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

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

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

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

57. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – Do foro**

62. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

63. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

**TESTEMUNHAS:**

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegada

ANEXO B – MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE CLÍNICAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS E  
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**COMANDO DA AERONÁUTICA**

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESEPCIAL**

**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

CONTRATANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA  
DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
AEROESEPCIAL/GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO  
JOSÉ DOS CAMPOS

CONTRATADO: Clínicas Médicas Especializadas.

OBJETO: Prestação de serviços de assistência domiciliar à  
saúde.

NATUREZA: Ostensiva. VIGÊNCIA: 120 (cento e vinte)  
meses

VALOR ESTIMADO:

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço  
unitário.

PROCESSO Nº: CONTRATO Nº:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESEPCIAL - DCTA, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR, portador da cédula de identidade nº 499889 expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629.392-20, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Clínicas Médicas Especializadas, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência não hospitalar, em regime de 24 horas diárias.

1.1. O objeto contratual abrange as seguintes especialidades: (QUAIS AS ESPECIALIDADES)

1.1.1. (Especificar os procedimentos cobertos por este contrato), devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

**CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital**

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

**CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam do edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

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

6. A remoção do paciente para o Hospital Credenciado será de responsabilidade do CONTRATANTE com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, próprio ou contratado por meio de credenciamento.

7. A remoção do paciente das instalações do CONTRATADO para realização de exames fora de suas dependências, é preferencialmente de responsabilidade do CONTRATADO, devendo ser utilizada ambulância própria desde que previamente comunicado e autorizado pelo CONTRATANTE, em conformidade com os valores da tabela do referencial de custo do Edital.

7.1. Em caso de indisponibilidade de ambulância pelo CONTRATADO, o CONTRATANTE poderá auxiliar na remoção do paciente com veículo próprio ou de outro serviço credenciado.

8. Nos casos de atendimento nas áreas de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, o encaminhamento deverá ser efetuado, por profissional de saúde militar, depois de verificado o parecer do especialista e quando esgotados todos os recursos existentes nas OCS.

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

9.1 O CONTRATADO obriga-se a manter junto ao CONTRATANTE uma relação atualizada dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe;

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

10. O CONTRATADO, representado no seu Corpo Clínico, prestará assistência ambulatorial conforme a

seguinte discriminação: cuidados rotineiros de enfermagem, material a ser consumido em serviços de pequenas cirurgias e em curativos, recursos complementares de diagnóstico e terapia, salas de pequena cirurgia e instalações equipadas com material e instrumental necessários à execução de atos médicos e de profissionais de saúde, medicação, alojamento, serviço de lavanderia, demais serventias e alimentação.

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

11.1. O membro do Corpo Clínico do CONTRATADO;

11.2. O que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO;

11.3. O autônomo que presta serviço ao CONTRATADO.

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

13. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE às dependências do CONTRATADO, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes; assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

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

15. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica - FUNSA, decorrente de atendimento realizado em OCS ou por PSA, será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria, que decidirá pela sua autorização ou negação.

16. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário.

17. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FUNSA, conforme o **Anexo V** do edital, não se incluem na presente contratação.

18. No caso de óbito ocorrido com paciente, o CONTRATADO notificará, de imediato, a família do paciente e ao FUNSA, através do telefone (12) 3947-3057 e/ou endereço de e-mail [auditoriamed.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsausj@fab.mil.br), a quem caberá tomar as providências subsequentes

19. Nos casos de internação, o CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia ao CONTRATANTE, conforme o modelo do **Anexo J** do Edital de Credenciamento.

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

21. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, como membro da Auditoria Técnica do GSAU-SJ. O CONTRATADO, manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

22. O Serviço de Auditoria Técnica do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

23. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 11 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

24. Registram-se abaixo as regras de contraprestação específicas a este tipo de contrato:

25. O CONTRATADO acolherá por contraprestação os pacotes de prestação de serviços – **Anexo V** do edital

– ambulatoriais, instrumental cirúrgico, gasometria, equipamentos e outros serviços especiais para efetivação do tratamento proposto.

26. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas quando acompanhado da Guia de Encaminhamento, que comprove a prestação do serviço.

27. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte do GSAU-SJ, acompanhado da Guia de Encaminhamento de Beneficiário (GAB), com a assinatura da autoridade competente e do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

28. No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, conforme itens 10.2.4 e 10.2.5 do Edital

29. O CONTRATADO deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do FUNSA com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, a relação de materiais e medicamentos gastos relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, valor de R\$ (reais) e relatório de conferência (espelho) e uma ficha de controle de procedimentos, ou formato eletrônico, à critério do CONTRATANTE.

30. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado.

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

31. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

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

32. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

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

33. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

33.1. Para OCS: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

33.2. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

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

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

35. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

36. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, portadores vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

**CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções**

37. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão**

38. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 16 – “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante**

39. As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado**

40. As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação**

42. É permitido ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

42.1. Objeto – atendimento de clínicas médicas especializadas – pessoa jurídica subcontratada: Feitura Atendimento de Clínicas Médicas Especializadas Ltda.

43. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

44. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do contrato**

45. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo FUNSA do GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

45.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período;

45.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada,

ainda que acarrete redução, para além limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

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

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

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

53. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Do foro**

58. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

59. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias

contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

**TESTEMUNHAS:**

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegada

**ANEXO C – MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA**

**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**CONTRATANTE:** UNIÃO/MINISTÉRIO DA DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL/GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
**CONTRATADO:** Radiologia Odontológica.  
**OBJETO:** Prestação de serviços de assistência médico- hospitalar.  
**NATUREZA:** Ostensiva. **VIGÊNCIA:** 120 (cento e vinte) meses  
**VALOR ESTIMADO:**  
**REGIME DE EXECUÇÃO:** indireta, empreitada por preço unitário.  
**PROCESSO Nº:** CONTRATO Nr \_\_\_\_:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL - DCTA, por meio do GRUPO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TÇ QOMED CÂR, portador da cédula de identidade nº 499889, expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629.392-20, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus respectivos dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de **Clínicas de Radiologia Odontológicas**, a prestação de serviços de imagens odontológicas.

1.1. O objeto contratual abrange a seguinte especialidade: (QUAIS AS ESPECIALIDADES)

1.1.1. Radiologia Odontológica devidamente reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia e regulamentadas por lei.

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

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO D APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

**CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 10 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

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

6. O CONTRATADO deverá solicitar ao beneficiário deste procedimento a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) e o Plano de Tratamento em formulário próprio do cirurgião-dentista militar ou PSA contratado, emitido por partedo CONTRATANTE.

7. O CONTRATADO obriga-se a apresentar ao CONTRATANTE a relação dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do CONTRATADO para atender aos beneficiários deste contrato nas respectivas profissões e especialidades.

7.1. O CONTRATADO obriga-se a manter junto ao CONTRATANTE uma relação atualizada dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe.

8. Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria OCS, entendendo-se como:

8.1. O membro do Corpo Clínico do CONTRATADO;

8.2. O que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO;

8.3. O autônomo que presta serviço ao CONTRATADO.

9. Equipara-se ao Subitem 8.3, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CONTRATADO.

10. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE às dependências do CONTRATADO, a fim de examinar a documentação odontológica dos pacientes; assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

11. Os tratamentos cobertos pelo sistema FUNSA, estão em conformidade com o **Anexo V** do edital, e serão contemplados na presente contratação.

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

12. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno Ostensivo do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - GAP-SJ. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

13. O Serviço de Auditoria do Grupo de Saúde de São José dos Campos (GSAU-SJ) possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação odontológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

14. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 11 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

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

16. Os serviços serão remunerados com base nos valores constantes na Lista de Referencial de Procedimentos – **Anexo V** deste Contrato.

17. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte do Grupo de Saúde de São José dos Campos, acompanhado da Guia de Encaminhamento de Beneficiário, com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

18. Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão pagos por parte do CONTRATANTE.

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

20. O devedor deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do FUNSA com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, a relação de materiais e medicamentos gastos relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, valor de R\$ (reais), relatório de conferência (espelho) e uma ficha de controle de procedimentos.

21. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado.

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

22. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.**

23. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

**CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.**

24. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

24.1. Para OCS: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

24.2. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

**CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.**

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

26. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

27. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

**CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.**

28. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” – do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.**

29. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 16 – “DA RESCISÃO” – do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante.**

30. As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado.**

31. As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO” – do edital de credenciamento.

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

32. O militar, estando na ativa, não poderá receber remuneração, honorários, complementação

destes ou pagamento por serviços profissionais prestados ao beneficiário atendido sob a regência do presente Termo de Contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.**

33. É permitido ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

33.1. Objeto – radiologia odontológica – pessoa jurídica subcontratada: Feitura de Radiologia Odontológica Ltda.

34. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

35. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

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

36. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo FUNSA do GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

36.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período;

36.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

41. Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do contratado

eliminá- los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

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

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

44. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

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

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

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

50. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

51. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, XX de XXXXXXX de 2025.

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

**TESTEMUNHAS:**

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegada

**ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO E ADESÃO AO  
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data de Emissão:<br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO E ADESÃO AO SERVIÇO DE<br/>ATENÇÃO DOMICILIAR</b> |                                                                                           |                                               |                                  | <br>FORÇA AÉREA BRASILEIRA |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| Nome:<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| Idade:<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sexo:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | SARAM:<br><input type="text"/>                                              | Data de Nascimento:<br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Telefone Residencial:<br><input type="text"/> | Celular:<br><input type="text"/> |                                                                                                               |  |
| Endereço residencial:<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| Município:<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                             |                                                                                           | Estado:<br><input type="text"/>               |                                  |                                                                                                               |  |
| Responsável legal:<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                             |                                                                                           | Telefone:<br><input type="text"/>             |                                  | Celular:<br><input type="text"/>                                                                              |  |
| E-mail:<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| <b>Identificação do familiar ou responsável que permanecerá no domicílio em período integral:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |
| <p><i>Declaro que, de livre e espontânea vontade, opto pela continuidade do tratamento em regime domiciliar e que foi passado amplo conhecimento acerca de seus objetivos. Comprometo-me a participar efetivamente da Atenção Domiciliar e acompanhar as ações que serão desenvolvidas pela equipe multidisciplinar. Declaro, ainda, estar ciente e concordar com as condições abaixo especificadas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li><i>1. Plano de Atenção Domiciliar (PAD) proposto pela Organização Credenciante (OC);</i></li><li><i>2. Existência de um familiar ou responsável em período integral na residência, para início e manutenção da atenção domiciliar;</i></li><li><i>3. Devem ser autorizadas visitas ao domicílio e ao paciente por auditores da OC responsável, sempre que esta considerar necessário;</i></li><li><i>4. É vedada a implementação de qualquer atendimento de saúde sem a autorização prévia à OC;</i></li><li><i>5. Deve ser disponibilizado meio de contato que permita à OC entrar em contato com o beneficiário e/ou seu representante legal, sempre que necessário;</i></li><li><i>6. Deve ser mantido, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da atenção domiciliar e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente;</i></li><li><i>7. O responsável legal ou o Cuidador designado por ele deverá assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento do paciente, de modo a estarem aptos para a execução dos cuidados básicos que não requiram assistência técnica profissional;</i></li><li><i>8. As despesas com o Cuidador, se existirem, e encargos trabalhistas, se houverem, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal;</i></li><li><i>9. O início da prestação dos serviços de atenção domiciliar e/ou a alteração do Plano de Atenção Domiciliar sem homologação</i></li></ol> |                                                                |                                                                             |                                                                                           |                                               |                                  |                                                                                                               |  |

prévia da SARAM e sem formalização da autorização prévia pela Organização Credenciante serão caracterizadas como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente, situação em que o COMAER fica desincumbido da responsabilidade de arcar com as despesas decorrentes disso;

10. A solicitação de ressarcimento de despesas relacionadas ao uso de serviços de atenção domiciliar oferecidos pela OSA local ou por prestador credenciado será caracterizada como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente, situação em que o COMAER fica isento da responsabilidade de arcar com as despesas decorrentes disso;

11. A Atenção Domiciliar tem a previsão de redução gradual da assistência prestada, de acordo com a evolução clínica do paciente e mediante avaliação e indicação da equipe multiprofissional, podendo, inclusive, evoluir para alta da atenção domiciliar;

12. As medicações profiláticas e de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), fraldas descartáveis, pomadas preventivas, hidratantes, materiais de higiene pessoal, materiais de limpeza do ambiente e a compra/locação de termômetro, aparelho de pressão, nebulizador, escadas, bengalas, muletas, andador, comadre/papagaio, colchões, cadeira higiênica, cadeira de rodas ou equipamentos similares aos aqui descritos deverão ser custeados pelo beneficiário ou seu representante legal;

13. A Atenção Domiciliar cessará nos seguintes casos: reinternação hospitalar; alcance da estabilidade clínica; cura; pedido do paciente e/ou responsável; não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto; mudança de domicílio para fora da área de abrangência regional da Organização Credenciante ou para local inadequado à atenção domiciliar e óbito;

14. Nos casos de urgências/emergências, a comunicação do fato à OC/OSA, deverá ser imediata e será de responsabilidade do responsável do paciente.

15. – A não adesão ao PAD, em caso de reativação ou alteração, dentro do prazo máximo de 7 (sete) dias a partir da data da comunicação pela OC, em quaisquer modalidades de atenção domiciliar, resultará em arquivamento do processo e implicará na suspensão do serviço.

Contato da OC para comunicação de intercorrências: \_\_\_\_\_

Por estar perfeitamente entendido e de acordo com todos os termos deste documento, assino abaixo em duas vias de igual teor, para todos os efeitos jurídicos e legais, na presença de duas testemunhas.

#### ASSINATURAS:

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Testemunha (1)

Identidade nº:(RG)

\_\_\_\_\_  
Testemunha (2)

Identidade nº:(RG)

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_h

Observações da OC:

|  |
|--|
|  |
|  |

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_h

\_\_\_\_\_  
Carimbo do Oficial



**ANEXO E – MINUTA DE TERMO DE CONTRATO PARA LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS  
E CITOPATOLOGIA**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL  
GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**CONTRATANTE:** UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/ DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL/GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

**CONTRATADO:** Laboratório de Análises Clínicas.

**OBJETO:** Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar.

**NATUREZA:** Ostensiva. **VIGÊNCIA:** 120 (cento e vinte) meses

**VALOR ESTIMADO:**

**REGIME DE EXECUÇÃO:** indireta, empreitada por preço unitário.

**PROCESSO**

**Nº:**

**CONTRATO**

**Nr** \_\_\_\_\_:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL - DCTA, por meio do GRUPO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR, portador da cédula de identidade nº 499889, expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629.392-20, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus respectivos dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Laboratório de Análises Clínicas e/ou Citopatologia e Anatomia Patológica, a prestação de serviços laboratoriais.

1.1. O objeto contratual abrange as seguintes especialidades: (QUAIS AS ESPECIALIDADES)

1.1.1. (Especificar os procedimentos cobertos por este contrato), devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

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

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

**CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.**

4. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme a Seção 10 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

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

6. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta no local onde realiza os exames.

7. A marcação e realização de exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos usuários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, as lactantes, os lactentes e as crianças de até cinco anos de idade.

8. Os exames não cobertos pelo FUNSA, não se incluem na presente contratação.

9. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, como membro da Auditoria Técnica do GSAU-SJ. O CONTRATADO, manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

10. O Serviço de Auditoria Técnica do GSAU-SJ possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

11. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 11 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

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

13. Os serviços serão remunerados com base nos valores constantes na Lista Referencial de Procedimentos que contempla Exames Laboratoriais, **Anexo V** do Edital.

13.1. No caso de exames que não constem na tabela referenciada:

13.1.1. A CONTRATANTE deverá realizar o levantamento dos valores praticados no mercado, optando pelo orçamento de menor preço.

13.1.2. O CONTRATANTE realizará a aferição das faturas, especialmente quanto à adequação do custo ao preço de mercado, por meio de seu Serviço de Auditoria Médica, conforme procedimento previsto neste contrato.

14. Deverá constar na nota fiscal, referente ao item 13.1.1 averbação com referência ao nome do paciente, nome do farmacêutico responsável e a data da realização o ato laboratorial.

15. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte de um médico de uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), acompanhado da Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

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

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

18. O CONTRATADO deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento de Beneficiário do FUNSA, com a assinaturas do beneficiário ou de seu responsável, a relação de materiais e medicamentos gastos relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, código da Lista Referencial de Procedimentos que contempla Exames Laboratoriais, - **Anexo V** do Edital, os quantitativos de CH, pacote adotado, valor de R\$ (reais), relatório de conferência (espelho).

19. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado.

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

18. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

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

19. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

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

20. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

20.1. Para OCS: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

20.2. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

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

21. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a

responsabilidade do CONTRATADO.

22. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

23. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.**

24. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” – do edital de credenciamento.

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

25. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 16 – “DA RESCISÃO” – do edital de credenciamento.

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

26. As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

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

27. As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO” – do edital de credenciamento.

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.**

29. É permitido ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

29.1. Objeto - exames laboratoriais - pessoa jurídica subcontratada: Feitura de Anamneses Laboratoriais Ltda.;

30. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

31. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

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

32. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo FUNSA do GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

32.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período;

32.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

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

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

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

40. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Do foro.**

45. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

46. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

**TESTEMUNHAS:**

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegada

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

CONTRATANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA  
DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA  
AEROESPACIAL/GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO  
JOSÉ DOS CAMPOS

CONTRATADO: profissionais de saúde autônomos – PSA

OBJETO: Prestação de serviços de assistência médico-  
hospitalar.

NATUREZA: Ostensiva. VIGÊNCIA: 120 (cento e vinte)

meses

VALOR ESTIMADO:

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço  
unitário.

PROCESSO Nº: CONTRATO Nr\_\_:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL - DCTA, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR ..., portador da cédula de identidade nº 499889, expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629.392-20, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Profissionais de Saúde Autônomos – PSA, assistência médico-hospitalar, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência:

1.1. O objeto contratual abrange as seguintes especialidades: (QUAIS AS ESPECIALIDADES)

1.1.1. (Especificar os procedimentos cobertos por este contrato), devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

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

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

**CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 10 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

5. Para atendimentos, a apresentação do paciente nas instalações do CONTRATADO será responsabilidade do beneficiário.

6. Nos casos de atendimento nas áreas (QUAIS AS ESPECIALIDADES), o encaminhamento deverá ser efetuado por profissional de saúde militar, desde que esgotados todos os recursos existentes nas OSA. O usuário deverá apresentar a Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB) devidamente autorizado pelo órgão regulador ou Formulário de Solicitação de Encaminhamento à Rede Complementar do SISAU, nos casos de urgência.

7. Os serviços, objeto do presente contrato, serão prestados pessoalmente por parte do profissional ora CONTRATADO.

8. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE às dependências do CONTRATADO, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes; assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

9. O CONTRATADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CONTRATANTE, documentos, justificativas para exames e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.

10. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FUNSA, decorrente de atendimento realizado será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria médica, que decidirá pela sua autorização ou negação.

11. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário.

12. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FUNSA, conforme o item 11.30 do Edital, não se incluem na presente contratação.

13. Nos casos de internação, o CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia ao CONTRATANTE, conforme o modelo do **Anexo J** do Edital de Credenciamento.

14. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (GAP-SJ). O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

15. O Serviço de Auditoria do GSAU-SJ, possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

16. Os serviços e fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 11 – “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

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

18. O CONTRATADO acolherá por contraprestação o referencial de prestação serviços – **Anexo V**.

19. Os serviços serão remunerados com base nos valores constantes nas tabelas citadas no edital de credenciamento.

20. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte de um médico da Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), acompanhado da Guia de Apresentação de Beneficiário, com assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

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

21. Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão pagos por parte do CONTRATANTE.

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

23. O CONTRATADO deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do FUNSA com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, a relação de materiais e medicamentos gastos relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, valor de R\$ (reais), relatório de conferência (espelho) e uma ficha de controle de procedimentos.

24. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado

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

25. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

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

26. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

**CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.**

27. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

27.1. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

**CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.**

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

29. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

30. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, porterceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

**CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.**

31. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” – do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.**

32. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 16 – “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante.**

33. As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado.**

34. As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.**

36. É permitido ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

37. Objeto – atendimento por profissionais de saúde autônomos – pessoa jurídica subcontratada: Feitura de Atendimento por Profissionais de Saúde Autônomos Ltda.

38. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

39. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do contrato.**

40. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o

levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo FUNSA do GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

40.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período;

40.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

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

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

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

48. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

51. O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais,

quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

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

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Do foro.**

53. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

54. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

**TESTEMUNHAS:**

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegado

**ANEXO G – MINUTA DE TERMO DE CONTRATO PARA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR MÓVEL**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**CONTRATANTE:** UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/ DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL/GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

**CONTRATADO:** Prestadoras de serviço para atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel.

**OBJETO:** Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar.

**NATUREZA:** Ostensiva.**VIGÊNCIA:**120 (cento e vinte) meses

**VALOR ESTIMADO:**

**REGIME DE EXECUÇÃO:** indireta, empreitada por preço unitário.

**PROCESSO**

**Nº:**

**CONTRATO**

**Nr**\_\_\_\_\_:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL - DCTA, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PÁULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR, portador da cédula de identidade nº 499889, expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629-392-20, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de

Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus respectivos dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Organização Civil de Saúde, serviços especializados de remoção, evacuações pré-hospitalares e inter-hospitalares terrestres, por meio de socorro móvel ou ambulâncias, incluído assistência médica e enfermagem.

1.1. O objeto contratual abrange o atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, com observância das seguintes especificações mínimas, nos termos da Portaria nº 2.048, de 11 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde:

1.1.1. Ambulâncias do TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples de caráter eletivo;

1.1.2. Ambulâncias do TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;

1.1.3. Ambulâncias do TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em local de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas);

1.1.4. Ambulâncias do TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento de transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos; bem como dos materiais, medicamentos e equipamentos previstos na Portaria acima referida.

1.2. O atendimento pré-hospitalar será realizado por meio de pronto socorro móvel (adulto, pediátrico ou neonatal) ou ambulâncias, nas situações de emergências e de urgências médicas, por equipes compostas de auxiliares treinados e lideradas por médico intensivista;

1.3. O atendimento inter-hospitalar compreende o transporte de pacientes entre a rede hospitalar ou para essa, na área de abrangência especificada neste Termo;

1.4. A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos casos de urgência e emergência, deverá ser composta por:

1.4.1. Um motorista com curso de socorrista;

1.4.2. Um enfermeiro habilitado; e

1.4.3. Um médico intensivista, ou médico com curso de *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* ou *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*.

1.5. A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos demais casos, deverá ser composta por:

1.5.1. Um motorista com curso de socorrista; e

1.5.2. Dois profissionais de enfermagem habilitados.

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

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por

meio do GRUPAMENTO D APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025, do qual é parte integrante, bem como seus anexos..

**CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

**CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 10 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, do edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

5. A prestação do serviço especializado deste contrato engloba:

5.1. Atendimento aos beneficiários que descrevam características ou sintomatologias de urgência e/ou emergência e que requeiram atenção ou cuidados médicos, em tempo correspondente à necessidade da urgência/emergência entre a chamada telefônica e a efetiva prestação da assistência médica;

5.2. A remoção ou evacuação inter-hospitalar, para os hospitais e clínicas credenciadas ou contratadas pela CONTRATANTE, dando continuidade ao atendimento médico prestado pelos serviços de urgência e emergência; e

5.3. A remoção ou evacuação pré-hospitalar com ambulância UTI, quando caracterizado casos graves, conforme item 17 deste contrato, ou com ambulância de suporte básico, nos demais casos.

6. Os serviços de remoção ou evacuação serão requeridos, por meio da Central Telefônica no número de emergência do CONTRATADO, que atenderá as solicitações de serviço, sem interrupções, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e por todo o ano.

6.1. O CONTRATADO deverá ser informado da localização do paciente e do quadro sintomático, no ato do atendimento, o paciente ou seu responsável deverá identificar-se conforme os item 10.2 do Edital.

7. No caso de atendimento a menor de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 anos, faz-se necessário a presença de 1 (um) acompanhante.

7.1. Os acompanhantes não poderão interferir no atendimento do paciente.

8. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através da fiscalização periódica e regular de pelo menos um dos membros da equipe de auditores do CONTRATANTE ao socorro móvel e ambulâncias do CONTRATADO, bem como os respectivos materiais pertinentes.

9. Para fins de faturamento a comprovação da hora parada bem como o tipo de transporte terrestre utilizado deverá ser realizada mediante preenchimento e assinatura de impresso próprio (**Anexo M**) pelo beneficiário do FUNSA e/ou responsável legal e anexado à guia de encaminhamento **Anexo AB** e **Anexo AC**, ou em casos de urgências e emergências o **Anexo AA**.

10. Os tratamentos não cobertos por parte do FUNSA, conforme o item 11.30 do Edital, não se incluem na presente contratação.

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

11. No caso de óbito de beneficiário, o CONTRATADO notificará, de imediato, a família do paciente e o Fundo de Saúde da Aeronáutica FUNSA do GSAU-SJ, através do telefone (12) 3947-3300 ou (12) 99167-5672, Médico de Dia, e através do e-mail [emergencia.gsausj@fab.mil.br](mailto:emergencia.gsausj@fab.mil.br), a quem caberá tomar as providências subsequentes.

12. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do Comando do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

13. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados, pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE, às dependências do CONTRATADO, a fim de examinar a documentação referente aos pacientes, assim como a qualidade das instalações/veículos e do serviço prestado.

14. As solicitações de remoções inter-hospitalar e pré-hospitalar para beneficiários não vinculados ao FUNSA só poderão ser realizadas após autorização do Comandante do GSAU-SJ ou do seu substituto legal.

#### **SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Da assistência de emergência.**

15. A assistência de emergência compreende os quadros clínicos agudos que impliquem em risco de morte ou requeiram atendimento imediato.

16. O tratamento prolongar-se-á até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a internação, na rede hospitalar indicada por parte do CONTRATANTE, por meio de uma UTI móvel terrestre, especialmente estruturada para minimizar o risco vital do paciente até o centro de tratamento definitivo.

17. A assistência de Emergência abrange os quadros clínicos agudos e cirúrgicos que impliquem em risco de vida, assim entendidos:

17.1. Doenças cardiovasculares (parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “*pectoris*”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral);

17.2. Doenças respiratórias (insuficiência respiratória aguda, crise asmática, entre outros.);

17.3. Doenças neurológicas (com fortes dores de cabeça, com vômito ou não, síncope, convulsão, coma, entre outros);

17.4. Comas metabólicos, politraumatismos, afogamentos, choques elétricos;

17.5. Grave comprometimento raque medular, grandes queimaduras (acima de 15% da superfície corpórea);

17.6. Intoxicações graves, anafilaxia e toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais;

17.7. Atropelamentos, acidentes domiciliares, de trânsito e outros; e

17.8. Toda e qualquer situação que possa ser interpretada como risco de vida.

#### **SUBCLÁUSULA SEGUNDA – Da Assistência de urgência**

18. A assistência de urgência compreende o atendimento do quadro de doenças agudas ou em agravamentos, de início súbito ou não, habitual ou não ao beneficiário e que não seja recomendada sua ida até seu médico e será prestado no local onde o paciente se encontrar.

19. Entendem-se como quadro clínico de urgência para efeito da prestação do serviço contratado, as sintomatologias apresentadas a seguir, de forma, isolada ou não:

19.1. Dores abdominais intensas;

19.2. Dores de cabeça súbitas e intensas;

19.3. Hipertemias que não se aliviam com remédios habituais;

- 19.4. Cólica nefrética e cólica biliar;
- 19.5. Vômitos repetidos;
- 19.6. Ferimentos profundos ou múltiplos;
- 19.7. Tonturas intensas com perda súbita do equilíbrio ou sonolência;
- 19.8. Crises hipertensivas;
- 19.9. Quadros de hipotensão arterial;
- 19.10. Fraturas, mesmo que sem ruptura de pele ou perda de consciência, mas com dor intensa e dificuldade de movimentação;
- 19.11. Asma moderada com piora progressiva, mesmo após a administração dos medicamentos habituais;
- 19.12. Falta de ar e sensações de desmaios; e
- 19.13. Outros quadros patológicos que requeiram pronto atendimento e apresentem características que não sejam recomendadas o deslocamento do paciente.

**SUBCLÁUSULA TERCEIRA – Das demais assistências.**

- 20. Compreende o atendimento a quadros clínicos específicos, incluindo os psiquiátricos, não relacionados nas subcláusulas acima.
- 21. O tratamento prolongar-se-á durante o traslado para uma OMS ou uma OCS, indicada por parte do CONTRATANTE.

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

- 22. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 11 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.
- 23. Os serviços prestados na área de abrangência serão remunerados, conforme o **Anexo V**:
- 24.1 Ambulância Tipo A:

| Item | Tipo de serviço                           | Valores(R\$) |
|------|-------------------------------------------|--------------|
| 1    | Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida)         | Anexo V      |
| 2    | Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida e volta) | Anexo V      |

- 24.2 Ambulância Tipo B:

| Item | Tipo de serviço                           | Valores(R\$) |
|------|-------------------------------------------|--------------|
| 1    | Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida)         | Anexo V      |
| 2    | Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida e volta) | Anexo V      |

## 24.3 Ambulância Tipo C:

| Item | Tipo de serviço                   | Valores(R\$) |
|------|-----------------------------------|--------------|
| 1    | Adulto (ida)                      | Anexo V      |
| 2    | Adulto (ida e volta)              | Anexo V      |
| 3    | Pediátrica/neonatal (ida)         | Anexo V      |
| 4    | Pediátrica/neonatal (ida e volta) | Anexo V      |

## 24.4 Ambulância Tipo D:

| Item | Tipo de serviço                   | Valores(R\$) |
|------|-----------------------------------|--------------|
| 1    | Adulto (ida)                      | Anexo V      |
| 2    | Adulto (ida e volta)              | Anexo V      |
| 3    | Pediátrica/neonatal (ida)         | Anexo V      |
| 4    | Pediátrica/neonatal (ida e volta) | Anexo V      |

24.5 Para os casos em que a ambulância necessite ficar parada, visando o atendimento previsto neste contrato, serão utilizados os seguintes valores, conforme **Anexo V**:

24.5.1 Hora parada da ambulância Tipo A;

24.5.2 Hora parada da ambulância Tipo B;

24.5.3 Hora parada da ambulância Tipo C (adulto);

24.5.4 Hora parada da ambulância Tipo C (pediátrico/neonatal);

24.5.5 Hora parada da ambulância Tipo D (adulto);

24.5.6 Hora parada da ambulância Tipo D (pediátrico/neonatal).

24.6 A área de abrangência deste contrato compreenderá os municípios da região metropolitana do Vale do Paraíba.

24. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte de uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), acompanhado da Guia de Apresentação de Beneficiário com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço

24.1. Nos dias e horários não úteis, os titulares beneficiários do FUNSA bem como seus dependentes, deverão apresentar o Formulário de Solicitação de Encaminhamento à Rede Complementar do SISAU (**Anexo AA**) assinado pelo Médico de Dia de plantão no GSAU-SJ, devendo ser solicitado substituição por GAB em até 48 (quarenta e oito) horas, a contar do recebimento do encaminhamento

24.2. Nos casos de comprovada emergência, quando não houver a possibilidade de GAB ou do formulário de solicitação de encaminhamento à rede complementar do SISAU, o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço sem guia/documento próprio de encaminhamento, mediante a identificação do beneficiário socorrido e mediante assinatura de um “Termo de Responsabilidade” pelo beneficiário ou dependente, comprometendo-se a levar a guia de autorização ao CONTRATADO, no período de até 48 horas, conforme o modelo do Termo de Compromisso para Entrega da Guia de Encaminhamento - **Anexo AE** do Edital. É de responsabilidade do CONTRATADO a comunicação imediata do atendimento ao serviço de Médico de Dia, por telefone e *e-mail*. Caso não ocorra a comunicação será de inteira responsabilidade do CONTRATADO quaisquer gastos inerentes ao atendimento, sem nenhum ônus ao FUNSA.

25. Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão pagos por parte do CONTRATANTE.

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

27. O CONTRATADO deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Esta fatura deve conter a GAB original assinada e todos os comprovantes de despesas: relação de materiais e medicamentos utilizados com código TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da guia de encaminhamento, nome do usuário, código da tabela CBHPM, CBHPO, guia TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar); valor em reais; relatório de conferência e a comprovação das diárias autorizadas; além da ficha de produtividade com data, assinada e carimbada pelo profissional de saúde e assinada pelo beneficiário ou em casos que se fizer necessário pelo responsável legal.

28. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado

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

29. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

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

30. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

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

31. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

31.1. Para OCS: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

31.2. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

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

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

33. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

34. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.**

35. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” - do edital de credenciamento.

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

36. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 16 – “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

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

37. As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

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

38. As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.**

40. É permitido ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

40.1. Objeto - transporte de paciente - pessoa jurídica subcontratada: Empresas para Atendimento Pré-hospitalar e Inter-hospitalar Móvel Ltda.

41. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

42. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

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

43. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

43.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período;

43.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

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

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

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

51. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

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

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

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

56. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

57. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

**TESTEMUNHAS:**

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegada

## ANEXO H – MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**CONTRATANTE:** UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/ DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL/GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

**CONTRATADO:** Organização Civil de Saúde Especializada em Serviços de Atenção Domiciliar à Saúde.

**OBJETO:** Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar.

**NATUREZA:** Ostensiva. **VIGÊNCIA:** 120 (cento e vinte) meses

**VALOR ESTIMADO:**

**REGIME DE EXECUÇÃO:** indireta, empreitada por preço unitário.

**PROCESSO Nº:** \_\_\_\_\_

**CONTRATO Nº:** \_\_\_\_\_

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA AEROESPACIAL - DCTA, por meio do GRUPO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR, portador da cédula de identidade nº 499889, expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629.392-20, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus respectivos dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) Especializadas em atenção domiciliar à saúde na(s) modalidade(s) de Assistência Domiciliar (Suporte Básico), Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos, de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de atenção domiciliar à saúde, nos termos abaixo delimitados:

1.1. As equipes multidisciplinares de atenção domiciliar à saúde devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo, necessários à prestação dos serviços contratados.

1.1.1. (Especificar os procedimentos cobertos por este contrato), devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

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

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO D APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

**CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 10 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, do Edital de Credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas, conforme Ordem Técnica (OT) 10/DIRSA/2022 de 16/12/2022.

4.1. Estabelecer como prioridade de exclusão da Atenção Domiciliar, os seguintes grupos de indivíduos:

4.1.1. Doentes psiquiátricos;

4.1.2. Dependentes químicos;

4.1.3. Assim como todos os casos em que, pelo menos uma das condições do item 2.3.6.3 da referida OT não seja observada.

4.2. Os mecanismos de encaminhamento dos pacientes para a Atenção Domiciliar à Saúde e as normas para o atendimento dar-se-ão segundo critérios de captação e elegibilidade que se seguem:

4.2.1. A indicação da Atenção Domiciliar deve ser realizada pelo médico do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) do GSAU-SJ que fornecerá um Relatório Gerencial e um Plano de Atenção Domiciliar (PAD), conforme OT referenciada acima, em que consta histórico clínico e torna o pedido fundamentado sobre a necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

4.2.2. A indicação da Atenção Domiciliar citada no item 4.2.1, deverá ser apreciada pela Auditoria Técnica do GSAU-SJ e encaminhada ao órgão regulador, DIRSA.

4.2.3. Verificada a pertinência da indicação da Atenção Domiciliar, o profissional auditor, preferencialmente enfermeiro(a) com especialização na área, deverá solicitar ao CONTRATADO, escolhido pelo responsável do

beneficiário, uma Proposta Terapêutica Orçamentária, conforme indicação do PAD do médico do CAIS. O CONTRATADO terá um prazo de 48 (quarenta e oito) horas para realizar a captação do paciente, a partir da data da solicitação e emitir a Proposta, adequada ao pacote gerenciado de serviço de Atenção Domiciliar, descritos no Referencial de Custos do Edital, **Anexo V**.

4.3. Caso na Proposta Terapêutica Orçamentária haja a solicitação de mais de uma sessão de profissional especializado (médico, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) ou a inclusão de insumos e equipamentos adicionais, esta proposta deverá ser apreciada e previamente autorizada pela Auditoria Técnica do GSAU-SJ e órgão regulador em Saúde e assim poderá ser incluído na proposta, conforme necessidade.

4.4. Havendo necessidade do profissional aumentar a quantidade das seções ao longo do tratamento, este deverá solicitar um aditivo, mediante relatório com justificativa detalhada, que deverá ser apreciado pelo médico assistente do CAIS e previamente autorizado pela Auditoria Técnica do GSAU-SJ e órgão regulador em saúde e assim poderá ser executado, conforme necessidade.

4.4.1. Todo profissional da OCS CONTRATADA deverá deixar uma cópia do atendimento prestado no prontuário do paciente presente no domicílio e preencher e assinar a ficha de produtividade ao final do atendimento, juntamente com o responsável.

4.5. Ajustado o PAD e aprovado o Orçamento, torna-se necessária a comunicação do Enfermeiro (a) auditor com o paciente e a família, antes do início do atendimento. Deve-se informar sobre a responsabilidade familiar na execução do PAD, uma vez que os profissionais de saúde passarão orientações aos familiares objetivando o sucesso do atendimento e a melhoria do estado de saúde do paciente. Também devem ser informados os objetivos e particularidades do tratamento, as atribuições da equipe de atenção domiciliar, as atribuições do FUNSA e do paciente/família. Finaliza-se esta reunião com a assinatura de um Termo de Adesão ao PAD, conforme OT supracitada.

4.6. Importante salientar que a implantação da Atenção Domiciliar não é considerada caráter de urgência. Deve-se respeitar a concretização de todos os requisitos e passos necessários para evitar-se crescimento de riscos, geração de conflitos e ocorrência de falhas técnicas e burocráticas.

4.7. Aprovado o PAD e a Proposta Orçamentária, e de posse do Termo Adesão assinado pela família, o FUNSA emitirá a autorização para o início do atendimento (GAB e pedido médico). Esta autorização deverá estar de acordo com o referencial de custos estabelecidos no Edital de Credenciamento.

4.8. A Atenção Domiciliar à Saúde terá prazo determinado, quase sempre é temporária e pode ter sua abrangência e jornadas reduzidas, podendo, entretanto, no decorrer do período inicialmente estabelecido sofrer alterações, em consequência da evolução/necessidades clínicas do paciente e adesão deste e de seu grupo familiar à assistência oferecida.

4.9. A desmobilização da Atenção Domiciliar à Saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada e previamente acordado, até a alta da Atenção Domiciliar, dar-se-á conforme os critérios do PAD.

4.10. O médico do CAIS do GSAU-SJ procederá a reavaliação periódica dos casos de Atenção Domiciliar à Saúde, com a finalidade de deliberar sobre a necessidade ou não da continuidade desse tipo de atendimento.

4.10.1. Autorização, GAB e pedido médico, terá validade máxima de 30 dias e deverá ser conferida mensalmente pelo CONTRATADO.

4.10.2. As prorrogações deverão ser encaminhadas ao CONTRATANTE a cada período de 30 (trinta) dias, juntamente com a fatura, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período.

4.10.2.1. Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente. Havendo incoerências nos relatórios, o CONTRATANTE poderá não autorizar o atendimento.

4.11. Ao final do período de vigência de cada prorrogação homologada será emitida uma autorização (GAB e pedido médico) constando o PAD liberado para a próxima vigência, contemplando os recursos humanos,

materiais, medicamentos, dispositivos e equipamentos necessários.

4.12. Os orçamentos referentes às intercorrências serão aprovados mediante análise da Auditoria Técnica do GSAU-SJ no decorrer do atendimento.

4.12.1. As intercorrências deverão ser informadas em forma de aditivo constando relato detalhado do caso e proposta orçamentária e, caso aprovadas, serão autorizadas para inclusão dentro do mês do atendimento. Aditivos solicitados fora do mês de atendimento, ou seja, retroativo, estão sujeitos a não serem aceitos pelo CONTRATANTE, caso não haja justificativa.

4.13. Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do (a) paciente serão entregues pelo CONTRATADO na residência do (a) mesmo (a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura.

4.14. O CONTRATADO deverá promover orientação continuada junto à família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente tendo em vista a promoção do autocuidado.

4.15. Em caso de internação ou reinternação do paciente, após a alta hospitalar, caso o paciente ainda tenha indicação de cuidados domiciliares, a OCS prestadora de Atenção Domiciliar de origem poderá dar continuidade ao atendimento, após comunicação ao FUNSA e autorização deste via e-mail: auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br em horário comercial, mantendo o PAD até que o médico do CAIS reavalie o caso. Sendo esta alta nos finais de semana ou feriados, caso haja alteração no quadro clínico do paciente, pode-se entrar em contato com o Médico de dia no pronto atendimento do GSAU-SJ, pelo telefone (12) 3947 3300 ou (12) 99167-5672 e solicitar orientações. Toda tramitação entre comunicação e retorno aos atendimentos deverá ocorrer em um prazo de, no máximo, 24 horas.

4.16. Os casos omissos em relação ao cumprimento do PAD serão resolvidos pela Auditoria Técnica do GSAU-SJ, tendo por base a referida OT e demais legislações pertinentes.

4.17. Na modalidade internação domiciliar, o CONTRATADO deverá manter, durante toda a internação domiciliar, em tempo integral contratado, estrutura de serviços específicos e de apoio à Atenção Domiciliar de casos de urgência/emergência necessários aos atendimentos em domicílio, conforme previsto no referencial de custo do Edital de Credenciamento, **Anexo V**.

4.17.1. A remoção poderá também ser prestada pelo serviço próprio do CONTRATADO, conforme previsto no **Anexo V** do Edital de Credenciamento, devendo ser devidamente justificada e, mediante autorização prévia da Auditoria Técnica do GSAU-SJ.

5. Toda medicação a ser administrada ao paciente em atenção domiciliar deverá ter aprovação prévia da Auditoria Técnica do GSAU-SJ.

6. O CREDENCIADO não arca com o fornecimento de medicamentos orais ou de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente.

7. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário.

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

8. Os materiais descartáveis não cobertos pelo FUNSA, também não se aplicam na presente contratação, conforme item 10 do **Anexo V**.

9. Não será autorizada ou poderá ser cancelada a atenção domiciliar quando:

9.1. O domicílio do (a) beneficiário (a) apresentar difícil acesso à ambulância, equipamento ou atendimento de urgência;

9.2. As condições emocionais do (a) beneficiário (a) ou de familiar inviabilizarem a atenção domiciliar;

9.3. Não houver aceitação ou não adaptação pelo (a) beneficiário (a) ou sua família às normas do programa;

9.4. Não houver aceitação da equipe multidisciplinar pelo (a) beneficiário (a), responsável ou família; e

9.5. A equipe multidisciplinar da OCS, o médico do CAIS ou a Auditoria Técnica do GSAU-SJ entenderem inviável a implementação do programa;

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

10. No caso de óbito do beneficiário, o CONTRATADO notificará, de imediato, o Médico de dia, através do telefone (12) 3947-3300 e/ou por e-mail [emergencia.gsausj@fab.mil.br](mailto:emergencia.gsausj@fab.mil.br), a quem caberá tomar as providências necessárias e também comunicar a Auditoria Técnica do GSAU-SJ por e-mail [auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br](mailto:auditoriaenf.gsausj@fab.mil.br).

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

11. Os serviços e as diárias de internações domiciliares incluirão os procedimentos de Atenção ao paciente, segundo descrito neste contrato, e serão remunerados com base nos valores constantes da Lista Referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar à Saúde, **Anexo V** do Edital.

11.1. A diária de internação domiciliar será contada do dia imediato ao da internação, incluindo dia da alta.

12. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata, conforme o número de dias da internação domiciliar.

13. A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FUNSA e, portanto, não aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, consta do item 10 da Lista Referencial de Procedimentos, **Anexo V** do Edital.

14. Quando se tratar de diárias, honorários, oxigenioterapia e curativos especiais serão observados os valores e as instruções constantes da Lista Referencial de Procedimentos, **Anexo V** do Edital.

15. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas quando acompanhado da Guia de Encaminhamento, que comprove a prestação do serviço:

16. No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, conforme itens 10.2.4 e 10.2.5 do Edital.

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

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

19. O CONTRATADO deverá apresentar ao Setor de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor (original e cópia) em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Esta fatura deve conter a GAB original assinada e todos os comprovantes de despesas: relação de materiais e medicamentos utilizados com código TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da guia de encaminhamento, nome do usuário, código da tabela CBHPM, CBHPO, guia TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar); valor em reais; relatório de conferência e a comprovação das diárias autorizadas; além da ficha de produtividade com data, assinada e carimbada pelo profissional de saúde e assinada pelo beneficiário ou em casos que se fizer necessário pelo responsável,

19.1. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado

19.2. O CONTRATADO deverá apresentar as faturas, acompanhadas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes internados, conforme os modelos que seguem anexados a este contrato:

19.2.1. **Anexo P:** Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde;

19.2.2. **Anexo Q:** Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Assistência Domiciliar à Saúde; e

19.2.3. **Anexo R:** Controle de Materiais/Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde.

19.2.4. Todos os documentos que compõem o processo de Atendimento Domiciliar, devem ser originais, não sendo aceitas as cópias para formalização do mesmo.

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

20. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

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

21. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

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

22. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

22.1. Para OCS: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

22.2. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

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

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

24. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

25. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, portadores vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.**

26. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” - do edital de credenciamento.

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

27. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 16 – “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

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

28. As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

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

29. As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.**

31. É permitida ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

31.1. Objeto – atenção domiciliar – pessoa jurídica subcontratada: Feitura de Atenção Domiciliar Ltda.

32. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

33. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do contrato.**

34. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

34.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período;

34.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

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

40. É dever do contratado orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades

decorrentes da LGPD.

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

42. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

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

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

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

47. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

48. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR

Ordenador de Despesas Delegado

#### **TESTEMUNHAS:**

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegada

**ANEXO I – MINUTA DE TERMO DE CONTRATO COOPERATIVAS**

COMANDO DA AERONÁUTICA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL  
GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

CONTRATANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/COMANDO DA AERONÁUTICA/ DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL / GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

CONTRATADO: Cooperativa.

OBJETO: Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar.

NATUREZA: Ostensiva. VIGÊNCIA: 120 (cento e vinte) meses

VALOR ESTIMADO:

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: CONTRATO Nr \_\_\_\_\_:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GSAU-SJ do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL - DCTA, por meio do GRUPO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – GAP-SJ, órgão do Ministério da Defesa – Força Aérea Brasileira, com sede na Praça Marechal do Ar Eduardo Gomes, nº 50 – Vila das Acácias – São José dos Campos-SP, CEP 12.228-901, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.429/0164-57, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº 499889, expedida pelo Serviço de Identificação da Força Aérea Brasileira, inscrito no CPF sob o nº 372.629.392-20 residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, e pensionistas da Força Aérea Brasileira e seus respectivos dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste

instrumento e no edital, por intermédio de cooperativas, assistência médico-hospitalar, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência em regime de 24(vinte e quatro) horas diárias.

1.1. O objeto contratual abrange as seguintes especialidades: (QUAIS AS ESPECIALIDADES)

1.1.1. (Especificar os procedimentos cobertos por este contrato), devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

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

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ CAMPOS – GAP-SJ, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.**

3. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

#### **CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 10 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, do edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

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

6. A presente contratação deverá observar os seguintes impedimentos:

6.1. O médico cooperado não poderá possuir qualquer vínculo com o hospital credenciado, à exceção de vínculo de natureza estatutária, consubstanciado em diretoria sem subordinação ou participação societária;

6.2. O médico cooperado não poderá ser subordinado à administração do hospital credenciado, por exemplo, quanto à definição de escala de trabalho, controle de frequência, e etc.;

6.3. A definição da escala de trabalho ocorrerá entre a administração do hospital e a cooperativa;

6.4. A indicação do médico prestador do serviço dar-se-á por parte da cooperativa, sem que o hospital credenciado possa indicar ou recusar determinado profissional;

6.5. O hospital credenciado não poderá realizar pagamentos, ou transferências a que título for, diretamente, para os médicos cooperados.

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

7.1. O CONTRATADO obriga-se a manter junto ao CONTRATANTE uma relação atualizada dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe.

8. Os serviços serão remunerados com base nos valores constantes nas tabelas citadas no edital de credenciamento e **Anexo V**.

9. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE às dependências do CONTRATADO, a fim de examinar a documentação referente aos pacientes; assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

10. O CONTRATADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CONTRATANTE, documentos médico-legais e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.

11.A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do DCTA. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

12. O Serviço de Auditoria do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - GSAU-SJ possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

13. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 11 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

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

14.1. O contratado acolherá por contraprestação o referencial de prestação serviços – **Anexo V** – que conjuguem avaliação, prescrição e acompanhamento com acomodações (hotelaria), taxas hospitalares, instrumental cirúrgico, gasometria, equipamentos e outros serviços especiais para efetivação do tratamento proposto.

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

16. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte de um médico de uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), acompanhado da Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

16.1. No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, conforme item 10.2.4 e item 10.2.5 do Edital.

17. Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão pagos por parte do CONTRATANTE.

18. O CONTRATADO se obriga a apresentar à Célula de Auditoria Técnica do FUNSA do GSAU-SJ, até o sétimo dia útil do mês subsequente, para que seja auditada ainda no mês de entrega, a fatura em duas vias de igual teor em nome do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, anexando a GAB original assinada e todos os comprovantes de despesas, relação de materiais e medicamentos utilizados com código TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da guia de encaminhamento, nome do usuário, código da tabela CBHPM, CBHPO, guia TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), valor em reais, relatório de conferência e a comprovação das diárias autorizadas, além da ficha de produtividade com data, assinada e carimbada pelo profissional de saúde e assinada pelo beneficiário / e em casos que se fizer necessário pelo responsável legal.

18.1. O CONTRATADO deverá seguir as orientações para entrega de fatura e tratativas de glosas contidas no Edital para que o pagamento da fatura seja efetuado.

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

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

19.O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 12 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.**

20.O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

**CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.**

21.Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

21.1. Para OCS: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

21.2. Para PSA: (Verificar com Auditoria Financiera qual valor destinado)

**CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.**

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

23. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

24. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

**CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.**

25.As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 15 – “DAS SANÇÕES” - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.**

26.O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 15 – “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante.**

27.As obrigações constam da Seção 13 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado.**

28.As obrigações constam da Seção 14 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação**

30. É permitido ao CONTRATADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em

relação às empresas ora relacionadas:

30.1. Objeto – atendimento prestado pela cooperativa - pessoa jurídica subcontratada: Feitura de Atendimento Prestado pela Cooperativa Ltda.

31. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

32. A subcontratação não liberará o CONTRATADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

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

33. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo GSAU-SJ, nos contratos anteriores.

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

33.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período, em consonância com o regime de empreitada por preço unitário;

33.3. O CONTRATADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Obrigações pertinentes à LGPD**

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

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

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

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

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

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

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

41. O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

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

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

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

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

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

46.O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de São José dos Campos/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

47.E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Pelo CONTRATANTE:

---

PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA TC QOMED CAR  
Ordenador de Despesas Delegado

#### **TESTEMUNHAS:**

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

---

LUIS ROQUE DE ARAÚJO DOS SANTOS Maj QODent  
Agente de Controle Interno Delegada

## ANEXO J - PEDIDO DE INTERNAÇÃO



COMANDO DA AERONÁUTICA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL  
GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

### PEDIDO DE INTERNAÇÃO

Solicito ao Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) autorização para tratamento do(a) paciente: (Nome do Paciente) \_\_\_\_\_

Número da matrícula (SARAM) \_\_\_\_\_, no(a) ☐ Hospital ou ☐ Clínica: (Nome da Instituição) \_\_\_\_\_

Com Diagnóstico de: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Cujos principais sinais e sintomas são: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificativa para internação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caráter da Internação: ( ) Eletiva ( ) Urgência/Emergência

Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico

| Descrição dos Procedimentos (tratamento) | Quantidade | Código AMB |
|------------------------------------------|------------|------------|
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |

| Descrição dos Procedimentos (tratamento) | Quantidade | Código AMB |
|------------------------------------------|------------|------------|
|                                          |            |            |

Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se o tratamento for cirúrgico)

Previsão do tempo de hospitalização: \_\_\_\_\_

Materiais especiais?

(    ) Não

(    ) Sim, descrição:

---



---



---

São José dos Campos, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

(assinatura e carimbo do médico)

## ANEXO K - TERMO DE CIÊNCIA – DIREITO DE LIVRE ESCOLHA



### COMANDO DA AERONÁUTICA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

#### TERMO DE CIÊNCIA – DIREITO DE LIVRE ESCOLHA

1. O presente Termo é lavrado aos \_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, em conformidade com as orientações contidas no item 6.1.6 e seus subitens, da NSCA 160-7, que dispõe sobre o uso da rede complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica, aprovada pela Portaria COMGEP Nº 26/DCS, de 31 de outubro de 2019.

2. Informo ao Sr.(Sra.) \_\_\_\_\_, SARAM \_\_\_\_\_ responsável pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, que se encontra internado(a) na instituição hospitalar \_\_\_\_\_, localizada na cidade de \_\_\_\_\_, que as condições clínicas do(a) paciente permitem a sua remoção para uma Organização de Saúde da Aeronáutica ou de outra Força Singular/HFA, consoante diagnóstico emitido pelo médico responsável.

3. Desse modo, em observância às normas estabelecidas na Legislação em vigor, foi devidamente providenciada a transferência do(a) paciente da supracitada instituição de saúde privada para o \_\_\_\_\_, que ocorrerá na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

4. Caso o Sr.(Sra.) se recuse a autorizar a presente remoção do paciente, ficará caracterizado que a permanência do paciente no hospital privado, a partir daquela data, será decorrente do exercício da livre escolha do beneficiário/responsável pelo paciente, escolha esta que não se encontra coberta pelas normas que regem a prestação da assistência médico-hospitalar pelo Sistema de Saúde da Aeronáutica, de modo que o exercício desse direito afastará a responsabilidade do Comando da Aeronáutica pelas despesas com o tratamento, a partir da data acima.

5. Assim, caso haja a recusa mencionada no parágrafo anterior, o militar/pensionista responsável pelo paciente também será responsável pelo pagamento integral, diretamente à instituição de saúde privada, de **TODAS** as despesas médico-hospitalares a partir da data acima, e que o(a) \_\_\_\_\_ (Organização Credenciadora) encontra-se desincumbido(a) da responsabilidade de arcar com as despesas que decorrerem a partir da data que a remoção do(a) paciente deixou de ser realizada única e exclusivamente em razão da vontade expressa pelo responsável.

6. Por fim, informo que eventual recusa em assinar o presente Termo será suprida pela aposição de assinaturas de duas testemunhas, que presenciaram tanto a leitura do mesmo quanto o fato de que todas as informações constantes neste foram adequadamente prestadas ao Sr.(Sra.).

\_\_\_\_\_  
Militar da OC responsável pela comunicação  
(assinatura e carimbo)

\_\_\_\_\_  
Responsável/Beneficiário Titular  
SARAM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

## ANEXO L - LISTA REFERENCIAL DE GLOSA



COMANDO DA AERONÁUTICA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL  
GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

### LISTA REFERENCIAL DE GLOSA DO GSAU-SJ

| Tabela de Glosa do FUNSA |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
|--------------------------|--|--|--|

|    |                                                           |    |                                                   |
|----|-----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|
| 1  | Atendimento não caracterizando urgência                   | 41 | Material incluso no procedimento                  |
| 2  | Acomodação acima da autorizada                            | 42 | Material não coberto (ver relação anexa)          |
| 3  | Atendimento por médico militar                            | 43 | Material não justificado para o caso              |
| 4  | Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais             | 44 | Material reutilizável – pagamento parcial         |
| 5  | Cobrança de 30 % não caracterizado urgência ou emergência | 45 | Medicação não considerada de urgência             |
| 6  | Consulta inclusa no procedimento cirúrgico                | 46 | Medicação em desacordo com a prescrição           |
| 7  | Curativo incluso no procedimento cirúrgico                | 47 | Medicação em desacordo com a prescrição           |
| 8  | Data de atendimento fora da sequência na planilha         | 48 | Medicação em excesso                              |
| 9  | Data de atendimento fora da competência                   | 49 | Medicação não justificada para o caso             |
| 10 | Diagnóstico ilegível                                      | 50 | Medicação não prescrita                           |
| 11 | Diárias em excesso                                        | 51 | Medicação não utilizada                           |
| 12 | Diárias fora da tabela acordada                           | 52 | Medicamento acima do preço de mercado             |
| 13 | Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente    | 53 | Medicamento não coberto                           |
| 14 | EPI de responsabilidade do prestador                      | 54 | Medicamento suspenso                              |
| 15 | Especialidade não autorizada                              | 55 | Paciente não é beneficiário FUNSA                 |
| 16 | Evento incluso no pacote acordado                         | 56 | Prescrição médica em rasura ou ilegível           |
| 17 | Evento que não comporta cobrança                          | 57 | Prestador descredenciado                          |
| 18 | Exame não prevê cobrança contraste                        | 58 | Procedimento/exames em excesso                    |
| 19 | Exame sem laudo                                           | 59 | Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico |
| 20 | Exames/procedimentos não requisitados                     | 60 | Procedimento/exame em duplicidade                 |
| 21 | Falta de discriminação dos serviços                       | 61 | Procedimento/exame não coberto                    |

|    |                                                                         |    |                                               |
|----|-------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------|
|    | executados                                                              |    |                                               |
| 22 | Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem                 | 62 | Procedimento/exame não realizado              |
| 23 | Fatura sem separar (FUNSA)                                              | 63 | Prontuário/ficha/boletim ilegível             |
| 24 | Filme –cobrança em desacordo com CBR                                    | 64 | Prontuário/ficha/boletim rasurados            |
| 25 | Guia/Ofício de encaminhamento ilegível                                  | 65 | Retorno de consulta                           |
| 26 | Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável | 66 | SADT/exames fora da tabela acordada           |
| 27 | Guia autorizada para outro prestador                                    | 67 | Sem autorização para procedimento ou exame    |
| 28 | Guia de encaminhamento fora da validade                                 | 68 | Sem diagnóstico                               |
| 29 | Guia não autorizada pelo FUNSA                                          | 69 | Sem guia/ofício de encaminhamento             |
| 30 | Guia autorizada para outro beneficiário                                 | 70 | Solicitação médica com data rasurada          |
| 31 | Guia autorizada para outro procedimento                                 | 71 | Solicitação com data posterior ao exame       |
| 32 | Guia sem carimbo de autorização                                         | 72 | Solicitação médica com data vencida           |
| 33 | Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados                | 73 | Solicitação médica sem data                   |
| 34 | Honorários médicos fora da tabela ou em excesso                         | 74 | Soma errada – cálculo                         |
| 35 | Justificar cobrança                                                     | 75 | Taxas fora da tabela acordada                 |
| 36 | Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério           | 76 | Taxas indevidas ou em excesso                 |
| 37 | Material acima do preço de mercado                                      | 77 | Visita hospitalar em duplicidade              |
| 38 | Material de alto custo sem nota fiscal                                  | 78 | Visitas inclusas no procedimento cirúrgico    |
| 39 | Material em excesso                                                     | 79 | Visita de especialista sem autorização prévia |
| 40 | Material fixo                                                           | 80 | Outros                                        |

OBS: Caso exista glosa não especificada na lista acima, a mesma será colocada como outros (n° 80) e será devidamente especificada em relatório de não conformidade.

## ANEXO M- TERMO DE CONTROLE DE TRANSPORTE



COMANDO DA AERONÁUTICA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL  
GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

### TERMO DE CONTROLE DE TRANSPORTE

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO: ( ) Militar da Ativa, ( ) Militar Veterano, ( ) Pensionista, ( ) Civil Dependente.

NOME DO MOTORISTA: \_\_\_\_\_

TIPO DE VEÍCULO: ( ) AMBULÂNCIA UTI ( ) AMBULÂNCIA BÁSICA

#### IDA E VOLTA

|             |                  |  |                    |  |
|-------------|------------------|--|--------------------|--|
| IDA         | KM INICIAL       |  | KM FINAL           |  |
|             | HORÁRIO DE SAÍDA |  | HORÁRIO DE CHEGADA |  |
|             | LOCAL DE ORIGEM  |  | LOCAL DE DESTINO   |  |
| HORA PARADA |                  |  |                    |  |
| VOLTA       | KM INICIAL       |  | KM FINAL           |  |
|             | HORÁRIO DE SAÍDA |  | HORÁRIO DE CHEGADA |  |
|             | LOCAL DE ORIGEM  |  | LOCAL DE DESTINO   |  |

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Motorista

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável

## ANEXO N – JUSTIFICATIVA DE ATRASO NA ENTREGA DE FATURA



COMANDO DA AERONÁUTICA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL  
GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

### JUSTIFICATIVA DE ATRASO NA ENTREGA DE FATUREA POR MAIS DE 120 DIAS

OCS/PSA: \_\_\_\_\_

Venho, por meio deste expediente, solicitar a apreciação da justificativa de envio de fatura em atraso, previsto no Edital de nº 001/GAP-SJ/2025, os dados abaixo:

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Procedimento (cód. TUSS): \_\_\_\_\_

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Representante Legal do Credenciado

Apreciação pela Chefia do FUNSA: ( ) Favorável ( ) Desfavorável

Motivo: \_\_\_\_\_

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Chefia do Fundo de Saúde

Apreciação pelo(a) ACI: ( ) Favorável ( ) Desfavorável

Motivo: \_\_\_\_\_

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Agente de Controle Interno

**ANEXO O - FICHA INDIVIDUAL DE CONTROLE DE PROCEDIMENTOS**



**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**FICHA INDIVIDUAL DE CONTROLE DE PROCEDIMENTOS**

|            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| Nome:      |          | Convênio: |
| Atividade: |          | Clínica:  |
| Sessões:   | Horário: | Guia:     |

| Nr de Ordem | Data | Procedimento | Assinatura do Paciente | Assinatura do Profissional |
|-------------|------|--------------|------------------------|----------------------------|
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |
|             |      |              |                        |                            |

**ANEXO P - CONTROLE DE ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE – FUNSA**



**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE – FUNSA**

**Mês:** \_\_\_\_\_

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

| <b>FISIOTERAPIA (*)</b> | <b>Data</b> | <b>Assinatura do Paciente/Responsável</b> |
|-------------------------|-------------|-------------------------------------------|
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |
|                         |             |                                           |

**(\*) Preencher uma planilha para cada especialidade de atendimento, inclusive médico, supervisão de enfermagem e outros.**

---

**Assinatura do Médico Cadastrado**

**ANEXO Q - CONTROLE DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PLANTÃO DE  
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE - FUNSA**



**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PLANTÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À  
SAÚDE - FUNSA**

Mês de referência: \_\_\_\_\_

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

| Equipe de Enfermagem<br>(Identificação do profissional) | Período de Atendimento |      |         | Assinatura do Responsável |
|---------------------------------------------------------|------------------------|------|---------|---------------------------|
|                                                         | Noite/Dia              | Data | Horário |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |
|                                                         |                        |      |         |                           |

---

Assinatura do Supervisor de Enfermagem

**ANEXO R - CONTROLE DE ATENDIMENTO DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS DE  
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE - FUNSA**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS DE ASSISTÊNCIA  
DOMICILIAR À SAÚDE - FUNSA**

Mês: \_\_\_\_\_

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

| Descrição do<br>Material/Medicamento | Data | Qde | Assinatura do<br>Paciente/Responsável |
|--------------------------------------|------|-----|---------------------------------------|
|                                      |      |     |                                       |
|                                      |      |     |                                       |
|                                      |      |     |                                       |
|                                      |      |     |                                       |
|                                      |      |     |                                       |
|                                      |      |     |                                       |

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Supervisor de Enfermagem

## ANEXO S – MODELO DE CARTA-PROPOSTA



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

### **CARTA-PROPOSTA**

|                      |                |           |
|----------------------|----------------|-----------|
| Razão Social:        |                | CNPJ:     |
| Endereço:            |                | Telefone: |
| Area de Atuação:     | Especialidade: |           |
| Representante Legal: |                | CPF:      |

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Permanente de Credenciamento de Saúde Complementar do Grupo de Saúde de São José dos Campos a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_/GAP-SJ/2025, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Custo de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do FUNSA do GSAU-SJ para credenciamentos. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas no referido Edital, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

| 1) Informações do Responsável Técnico <i>(acrescentar mais linhas se necessário)</i> |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Nome                                                                                 | Registro Conselho |
|                                                                                      |                   |
|                                                                                      |                   |

| 2) Relação do Corpo Clínico <i>(acrescentar mais linhas se necessário)</i> |                   |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Nome                                                                       | Registro Conselho |
|                                                                            |                   |
|                                                                            |                   |

| 3) Relação de Serviços: <i>(acrescentar mais linhas se necessário)</i> |
|------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        |

| 4) Relação de Equipamentos Técnicos: <i>(acrescentar mais linhas se necessário)</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     |

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <b>5) Dias e Horários de Atendimento:</b> |
|                                           |

|                            |          |                 |
|----------------------------|----------|-----------------|
| <b>6) Dados Bancários:</b> |          |                 |
| Banco:                     | Agência: | Conta Corrente: |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>7) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):</b> |
|                                                                         |

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8) Nome, telefone e e-mail da pessoa responsável pelas tratativas junto ao credenciamento e auditoria:</b> |
|                                                                                                               |

As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:

|                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1. HABILITAÇÃO JURIDICA</b> <i>(acrescentar mais linhas se necessário)</i> |  |
|                                                                               |  |
|                                                                               |  |
|                                                                               |  |
|                                                                               |  |
|                                                                               |  |

|                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>2. REGULARIDADE FISCAL</b> <i>(acrescentar mais linhas se necessário)</i> |  |
|                                                                              |  |
|                                                                              |  |
|                                                                              |  |
|                                                                              |  |
|                                                                              |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>3. DECLARAÇÃO</b> |  |
|                      |  |
|                      |  |
|                      |  |

|                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA</b> <i>(acrescentar mais linhas se necessário)</i> |  |
|                                                                               |  |
|                                                                               |  |
|                                                                               |  |
|                                                                               |  |

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)

**ANEXO T – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO**

Ao Sr. Presidente da Comissão Permanente de Credenciaiamento de Serviços de Saúde Complementar do Grupo de Saúde de São José dos Campos.

Eu, \_\_\_\_\_ (*nome do Profissional*), \_\_\_\_\_ (*profissão*), inscrito no Conselho Regional de \_\_\_\_\_ no Estado de \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, requeiro meu credenciamento para prestar serviços aos usuários do FUNSA nas especialidades de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_\_/GAP-SJ/2025, e em seus anexos, inclusive com valores e instruções constantes no Referencial de Custos de Procedimentos Médicos-hospitalares e Ambulatoriais do FUNSA do GSAU-SJ para contratos de credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no Edital de Credenciamento.

O meu consultório está localizado à \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_, sala \_\_\_\_\_, bairro de \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ e o atendimento é feito às \_\_\_\_\_ (*dias da semana*) no horário de \_\_\_\_\_.

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nas Normas acima citadas.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura

## ANEXO U – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO INCISO DA CFB

### DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO INCISO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA

O interessado abaixo identificado DECLARA, para fins do disposto no inciso VI do art. 68 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos de idade.

| IDENTIFICAÇÃO   |       |
|-----------------|-------|
| Empresa:        | CNPJ: |
| Signatário (s): | CPF:  |

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos de idade, na condição de aprendiz?

| SIM | NAO |
|-----|-----|
|     |     |

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(Nome completo e assinatura do representante legal)

## ANEXO V – REFERENCIAL DE CUSTOS



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

### REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

#### 1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento ordena as tabelas, índices, valores, e conceituações necessárias à discriminação dos serviços de saúde abrangidos pelos Credenciamentos de Organizações de Saúde e Profissionais Liberais da área de saúde no âmbito do Vale do Paraíba e estado de São Paulo.

1.2. Os procedimentos serão autorizados conforme protocolos técnicos de auditoria prospectiva em saúde, determinados pela DIRSA, disponíveis nas Ordens Técnicas apropriadas vigentes à época da solicitação, publicadas em Boletim do Comando da Aeronáutica e amplamente divulgadas pelo FUNSA do GSAU-SJ.

#### 2. ÍNDICES E VALORES

##### 2.1. Procedimentos Médicos.

2.1.1. Somente serão aceitos procedimentos de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar os sistemas SARAM, FUNSA e SISAU.

2.1.2. Os procedimentos médicos e os procedimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), Consultas Médicas e Exames Complementares serão pagos de acordo com os valores descritos em tabela de referencial de custo. Os demais procedimentos não discriminados serão remunerados conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2012 5ª Edição) plena e em conformidade com suas instruções e regramentos, cujos valores encontram-se descritos abaixo:

| VALORES DO PORTE |           |           |            |            |              |
|------------------|-----------|-----------|------------|------------|--------------|
| <b>1A</b>        | R\$ 12,86 | <b>5C</b> | R\$ 291,64 | <b>10B</b> | R\$ 966,50   |
| <b>1B</b>        | R\$ 25,72 | <b>6A</b> | R\$ 317,65 | <b>10C</b> | R\$ 1.072,75 |
| <b>1C</b>        | R\$ 38,58 | <b>6B</b> | R\$ 349,30 | <b>11A</b> | R\$ 1,134,93 |

|                      |            |            |             |            |              |
|----------------------|------------|------------|-------------|------------|--------------|
| <b>2A</b>            | R\$ 51,45  | <b>6C</b>  | R\$ 382,08  | <b>11B</b> | R\$ 1.244,58 |
| <b>2B</b>            | R\$ 67,82  | <b>7A</b>  | R\$ 412,60  | <b>11C</b> | R\$ 1.365,54 |
| <b>2C</b>            | R\$ 80,26  | <b>7B</b>  | R\$ 4456,68 | <b>12A</b> | R\$ 1.415,27 |
| <b>3A</b>            | R\$ 109,67 | <b>7C</b>  | R\$ 540,33  | <b>12B</b> | R\$ 1.521,53 |
| <b>3B</b>            | R\$ 140,14 | <b>8A</b>  | R\$ 583,29  | <b>12C</b> | R\$ 1.864,04 |
| <b>3C</b>            | R\$ 160,52 | <b>8B</b>  | R\$ 611,55  | <b>13A</b> | R\$ 2.051,69 |
| <b>4A</b>            | R\$ 191,04 | <b>8C</b>  | R\$ 648,85  | <b>13B</b> | R\$ 2.250,64 |
| <b>4B</b>            | R\$ 209,13 | <b>9A</b>  | R\$ 689,55  | <b>13C</b> | R\$ 2.489,16 |
| <b>4C</b>            | R\$ 236,26 | <b>9B</b>  | R\$ 753,99  | <b>14A</b> | R\$ 2.774,02 |
| <b>5A</b>            | R\$ 254,34 | <b>9C</b>  | R\$ 830,84  | <b>14B</b> | R\$ 3.018,19 |
| <b>5B</b>            | R\$ 274,69 | <b>10A</b> | R\$ 891,89  | <b>14C</b> | R\$ 3.329,05 |
| <b>UCO R\$ 14,33</b> |            |            |             |            |              |

| <b>PORTE ANESTÉSICO</b> |                 |
|-------------------------|-----------------|
| PORTE ANESTÉSICO 0      | Anestesia Local |
| PORTE ANESTÉSICO 1      | 3A              |
| PORTE ANESTÉSICO 2      | 3C              |
| PORTE ANESTÉSICO 3      | 4C              |
| PORTE ANESTÉSICO 4      | 6B              |
| PORTE ANESTÉSICO 5      | 7C              |
| PORTE ANESTÉSICO 6      | 9B              |
| PORTE ANESTÉSICO 7      | 10C             |
| PORTE ANESTÉSICO 8      | 12A             |

## 2.2. Consultas Médicas.

2.2.1. Para consultas médicas em consultório será paga a quantia de R\$ 131,39 (cento e trinta e um reais e trinta e nove centavos). Em Pronto Socorro, a base de cálculo será de R\$ 102,66 (cento e dois reais e sessenta e seis centavos).

### **2.3. Honorário de nutricionista.**

2.3.1. Para os serviços de nutricionista será utilizada a tabela específica deste anexo, após solicitação do oficial militar.

2.3.2. Para fins de comprovação da realização dos atendimentos, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas das sessões e assinatura do paciente/responsável em cada sessão realizada.

2.3.3. As consultas na área de nutrição ambulatorial e domiciliar limitam-se a 01 (uma) sessão individual mensal. Não serão remunerados avaliação e acompanhamento do nutricionista em ambiente hospitalar.

### **2.4. Honorário de fisioterapia hospitalar.**

2.4.1. Para os serviços de fisioterapia hospitalar será utilizada a tabela específica deste anexo, após solicitação do médico assistente e será liberado da seguinte forma:

2.4.1.1. Até 03 (três) fisioterapias respiratórias (em ventilação mecânica) e 03 (três) motoras por dia, em UTI adulto. Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras por dia, em apartamento adulto e pediátrico; e

2.4.1.2. Até 03 (três) fisioterapias respiratórias e 03 (três) motoras, por dia, em UTI pediátrico e neonatal.

### **2.5. Honorário de fisioterapia ambulatorial:**

2.5.1. Para os serviços fisioterapêuticos será utilizada a tabela específica deste anexo, após solicitação do oficial militar; e

2.5.2. Para fins de comprovação da realização dos atendimentos, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas das sessões e assinatura do paciente/responsável em cada sessão realizada.

### **2.6. Honorário de fonoaudiologia ambulatorial:**

2.6.1. Para os serviços de fonoaudiologia será utilizada a tabela específica deste anexo, após solicitação do oficial militar; e

2.6.2. Para fins de comprovação da realização dos atendimentos, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas das sessões e assinatura do paciente/responsável em cada sessão realizada.

### **2.7. Honorário de fonoaudiologia hospitalar.**

2.7.1. Para os serviços de fonoaudiologia hospitalar será utilizada a tabela específica deste anexo, após solicitação do médico assistente e será liberado no máximo (01) uma sessão por dia.

### **2.8. Honorário de psicologia, psicopedagogo e psicomotricidade.**

2.8.1. Para os serviços de psicologia e psicopedagogia será utilizada a tabela específica deste anexo, após solicitação do oficial militar; e

2.8.2. Para fins de comprovação da realização dos atendimentos, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas das sessões e assinatura do paciente/responsável em cada sessão realizada.

### **2.9. Medicamentos, radiofármacos, quimioterápico, dietas enterais e materiais descartáveis.**

2.9.1. Para medicamentos de uso não restrito hospitalar, será usado como referência Tabela Brasíndice, prioritariamente o Preço de Fábrica (PF), plena, vigentes quando do respectivo atendimento.

2.9.2. Para medicamentos uso restrito hospitalar, será usado como referência Tabela Brasíndice, prioritariamente o Preço de Fábrica (PF), com acréscimo de 20%, vigentes quando do respectivo atendimento.

2.9.3. Para tratamento de quimioterapia, terapia hormonal, terapia alvo-molecular e terapia imunobiológica, será usado como referência a Tabela Brasíndice, prioritariamente o Preço de Fábrica (PF) com acréscimo de 11%.

2.9.4. Medicamentos serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações que tecnicamente permitirem seu fracionamento.

2.9.5. Para fins de valoração, a medicação será considerada com base no princípio ativo constante da Denominação Comum Brasileira (DCB), conforme legislação sanitária vigente, sendo priorizado o uso de medicamentos genéricos ou equivalentes terapêuticos devidamente registrados na ANVISA.

2.9.5.1 Quando houver justificativa médica expressa que recomende a utilização do medicamento de marca específica, ou que contraindique o uso de genérico ou similar, o CREDENCIANTE deverá respeitar a prescrição, mediante a apresentação do respectivo laudo ou relatório técnico.

2.9.5.2 Para medicamentos de valor unitário acima de R\$ 500,00 (quinhentos reais) ou cujo somatório apresente um valor mínimo de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) serão liberados mediante autorização prévia. A autorização do GSAU-SJ será solicitada através do endereço eletrônico [autorizacao.gsausj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsausj@fab.mil.br), mediante justificativa do médico assistente mediante relatório médico na própria guia de internação ou em receituário, esclarecendo doses e tempo de tratamento, e esta solicitação deverá ocorrer com dois dias de antecedência. Quando forem empregados em situação de urgência, o médico assistente fará solicitação por escrito, especificando doses, que deverá ser encaminhada ao GSAU-SJ para autorização no primeiro dia útil após o uso. Medicamentos serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações que tecnicamente permitirem seu fracionamento.

2.9.5.3 Em casos da prescrição de antibióticos / antifúngicos / antivirais com valores contemplados no item 11.15, assim como o escalonamento dos mesmos, será necessário também um relatório da CCIH do CREDENCIADO, devidamente assinado pelo responsável, justificando o seu uso.

2.9.6. Medicamentos anestésicos terão a vazão considerada conforme o seguinte critério:

| MEDICAMENTO | COM NO2 | SEM NO2 |
|-------------|---------|---------|
| Halotano    | 10ml/h  | 13ml/h  |
| Enflurane   | 13ml/h  | 15ml/h  |
| Isoflurane  | 10ml/h  | 13ml/h  |
| Sevoflurane | 20ml/h  | 17ml/h  |

2.9.7. Para produtos de ALIMENTAÇÃO ENTERAL ou PARENTERAL INDUSTRIALIZADA, será considerado Tabela Brasíndice PF / SIMPRO.

2.9.8. Para produtos de ALIMENTAÇÃO PARENTERAL MANIPULADA, será considerado NF com acréscimo de 13,5%.

2.9.9. Nos casos de internação domiciliar a aquisição de dietas enterais e suplementos nutricionais, quando necessários, será feita pelo Credenciante, ou pelo paciente na modalidade de ressarcimento, quando o Credenciante não reunir condições técnico administrativas para o fornecimento.

2.9.10. Para materiais de consumo hospitalar, serão utilizados os valores previstos na SIMPRO PF. Atentar-se para a base de cálculo em caso de materiais reutilizáveis conforme item 10.5 do Edital.

2.9.10.1. Equipos utilizados para bomba de infusão enteral ou parenteral serão remunerados de acordo com a tabela SIMPRO com deflator de 23,5%.

2.9.11. Aqueles materiais e medicamentos que não constarem nas publicações citadas, nas tabelas SIMPRO E BRASÍNDICE, serão remunerados mediante nota fiscal acrescida de 10%. Para esses materiais e medicamentos deverão ser apresentados 03 (três) orçamentos e solicitada autorização prévia.

## **2.10. Órteses, Próteses, Materiais e Especiais (OPME):**

2.10.1. Para OPME (órteses, próteses, materiais e especiais), a base de cálculo será pago o valor da nota fiscal acrescido de 15% o valor para cobrir gastos com seleção, armazenamento e processamento do material. Atentar-se para a base de cálculo em caso de materiais reutilizáveis conforme item 10.5 do Edital.

2.10.2. Na solicitação de OPME (órteses, próteses, materiais especiais), a CREDENCIADA deverá apresentar à CREDENCIANTE 03 (três) orçamentos de fornecedores próprios, com nome do paciente e do médico solicitante, que serão submetidos à auditoria prévia pelo e-mail [auditoriamed.gsau@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsau@fab.mil.br), com cópia para [autorizacao.gsau@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsau@fab.mil.br), com pelo menos 14 (quatorze) dias de antecedência à utilização, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise.

2.10.3. Quando se tratar de materiais ou instrumentais passíveis de reutilização, conforme especificação expressado fabricante e regulamentação da Anvisa, o pagamento será proporcional ao número de reutilizações permitidas.

2.10.4. A comprovação da reutilização caberá ao CREDENCIADO, mediante registro técnico e documentação de controle de uso, observadas as normas sanitárias e de rastreabilidade pertinentes, e devidamente apresentadas por documentação ao CREDENCIANTE para auditoria, quando solicitado.

2.10.5. A partir de um valor mínimo de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), o(s) item(s) de OPME será(ão) objeto de pré-regulação pelo CREDENCIANTE.

2.10.6. Caso a soma de itens de OPME em um mesmo procedimento seja inferior a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), não será necessária a pré-regulação do(s) item(s) de OPME pelo CREDENCIANTE.

2.10.7. Para comprovação do valor do OPME, a Nota Fiscal emitida em nome do paciente pelo fornecedor do OPME e as etiquetas/embalagens dos produtos deverão estar anexadas à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

2.10.8. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência ou emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, poderá ser utilizado material disponível. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada ao FUNSA, pelo e-mail [auditoriamed.gsau@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsau@fab.mil.br), com cópia para [autorizacao.gsau@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsau@fab.mil.br) em até 02 (dois) dias úteis após a internação. Será necessário apresentar à auditoria técnica, por meio do email [auditoriamed.gsau@fab.mil.br](mailto:auditoriamed.gsau@fab.mil.br), a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME/DMI em caráter de urgência. Caso o prazo não seja cumprido, será glosado. No cumprimento do prazo, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria técnica, e estará sujeita a glosa por falta de conformidade.

## **2.11. Filme Radiológico.**

2.11.1. O filme radiológico será pago de acordo avaliação da auditoria técnica e com os parâmetros estabelecidos pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, em conformidade com as quantidades previstas na Classificação Brasileira Hierarquizada, 2012, 5ª. Edição.

### 3. TABELA COMPLEMENTAR

3.1. Foi elaborada pela Comissão de Credenciamento, com base em pesquisa de mercado na região do Vale do Paraíba/SP e estado de São Paulo, uma tabela de valores dos serviços de saúde.

### 4. PADRÕES DAS ACOMODAÇÕES

4.1. Estão definidos os padrões de acomodação hospitalar, previstos para a internação hospitalar, conforme da NSCA 160-5/2022:

4.1.1. Quarto privativo – Oficiais, Alunos da EPCAR, Cadetes e seus dependentes;

4.1.2. Quarto Semi-privativo – Suboficiais, Sargentos, Alunos da EEAR e seus dependentes; e

4.1.3. Enfermaria– Cabos, Soldados e seus dependentes.

4.2. As unidades hospitalares que não tiverem acomodações específicas para o posto/graduação acima descritos poderão internar em acomodações similares ou superiores, porém a cobrança deverá ser efetuada baseada nos padrões de acomodações descritos no item 4.1..

4.3. Os militares na inatividade que percebem vencimentos de grau hierárquico superior ao seu, bem como seus dependentes, têm direito à utilização dos padrões de acomodação referentes ao posto ou graduação sobre o qual incide o desconto para o FUNSA, devendo apresentar o respectivo contracheque, a fim de comprovar o desconto.

4.3.1. O direito a acompanhante deve ser respeitado conforme os Estatutos da Criança (Lei nº 8.069, artigo 12) e do Idoso (Lei nº 10.741, artigo 16) e da mulher em trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato (Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418 de 02 de dezembro de 2005).

4.3.2. Porém não há cobertura para refeição e outros gastos com o acompanhante, conforme NSCA 160-5 Item 8.1.9: *Não são cobertas pelo SISAU as despesas abaixo relacionadas: h) despesas com acompanhante, conforme previsto nos inciso V do artigo 27, incisos VI dos artigos 29 e 31, assim como nos parágrafos únicos dos referidos artigos, do decreto 92.512/86. Item não coberto pelo FUNSA.*

### 5. COMPOSIÇÃO DAS TAXAS

#### 5.1. Padrões de Acomodação:

5.1.1. Quarto Semi-privativo: (2 leitos): composto de quarto coletivo com banheiro coletivo, sem acompanhante, exceto os previstos em lei e mobiliário necessário;

5.1.2. Quarto Privativo (1 leito): aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, ar-condicionado, telefone e frigobar;

5.1.3. Berçário: quarto com berços comuns para recém nascido (mãe internada);

5.1.4. Hospital-Dia: compreende a ocupação de um leito por um tempo máximo de até 12 (doze) horas, independente do horário de admissão ou do tipo de atendimento prestado. Para os pacientes que permanecerem internados por um período inferior a 12 (doze) horas, será cobrado na modalidade de hospital-dia e as acomodações obedecerão aos padrões de quarto privativo e semi-privativo;

5.1.5. Isolamento: alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar;

5.1.6. Unidade de Terapia Semi-intensiva (UTSI): acomodação com instalações para mais de um

paciente, para tratamento intensivo, sem a presença médica permanente, de acordo com a Portaria 3432 de 12/08/98 do Ministério da Saúde, em vigor;

5.1.7. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente, de acordo com a Portaria nº 3.432 de 12/08/98 do Ministério da Saúde, em vigor;

5.1.8. Alojamento Conjunto: mãe internada e recém-nascido acomodados no mesmo aposento, indiferente de onde forem realizados os procedimentos padrões no recém-nascido.

## **5.2. Cuidados de Enfermagem:**

5.2.1. Assepsia e antisepsia (inclui a equipe, paciente e inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis);

5.2.2. Banho no leito, de imersão ou de aspersão;

5.2.3. Coleta de exames laboratoriais;

5.2.4. Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca-passo, dentre outros;

5.2.5. Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva e invasiva, verificação de Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intrabdominal (PIA), capnografia, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);

5.2.6. Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado);

5.2.7. Enfaixamento e Contenção;

5.2.8. Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, pro pé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (base legal: NR6, NR9, NR32);

5.2.9. Esterilização/desinfecção de instrumentais;

5.2.10. Instalação e controle de monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos e de glicemia;

5.2.11. Manutenção da permeabilização de cateteres, tricotomia, curativos, mudança de decúbito e locomoção interna do paciente;

5.2.12. Preparo de corpo em caso de óbito;

5.2.13. Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enterocлизма, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);

5.2.14. Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas orais, gastrostomias, jejunostomias, enterais e parenterais;

5.2.15. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

5.2.16. Prescrição/Anotação de Enfermagem;

5.2.17. Serviço de enfermagem do procedimento;

5.2.18. Transporte dos equipamentos, como Raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros; e

5.2.19. Verificação de medidas antropométricas.

## 6. DETALHAMENTOS DAS DIÁRIAS HOSPITALARES

6.1. Entende-se por diária hospitalar a admissão do paciente pela enfermagem e a ocupação de um leito de internação por um período de tempo entre 12 (doze) a 24 (vinte e quatro) horas.

6.2. Entende-se por Hospital Dia o paciente que permanece internado por um período de até 12 (doze) horas.

6.3. Diárias Básicas (Quarto privativo, quarto semi-privativo, enfermaria, quarto semi-privativo psiquiátrico e alojamento conjunto):

### 6.3.1. **Compreende:**

6.3.1.1. Aposentos com móveis padronizados (ex.: cama, berço comum);

6.3.1.2. Aspirador a vácuo, elétrico ou ultrassônico;

6.3.1.3. Atendimento médico por plantonista de intercorrências clínicas à beira do leito;

6.3.1.4. Avaliação e acompanhamento pelo nutricionista;

6.3.1.5. Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;

6.3.1.6. Avaliações iniciais de Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Psicólogos desde que sejam solicitados pelo médico assistente;

6.3.1.7. Bandeja de dissecação/ punção lombar e de subclávia;

6.3.1.8. Bandeja de monitorização de pressão invasiva;

6.3.1.9. Bandeja de pequena cirurgia;

6.3.1.10. Bandeja de sondagem vesical;

6.3.1.11. Bandejas de curativo,

6.3.1.12. Infiltração/punção;

6.3.1.13. articular;

6.3.1.14. Bombas de infusão (em caso do uso de mais de 2 (duas) sessões, será pago o preço do uso por diária);

6.3.1.15. Cama hospitalar de qualquer tipo;

6.3.1.16. Capnógrafo;

6.3.1.17. Colchão e seu protetor de quaisquer tipo;

6.3.1.18. CPAP Nasal, umidificador neonatal e capacete de HOOD (aparelhos e circuitos)

6.3.1.19. Cuidados de enfermagem;

6.3.1.20. Desfibrilador e cardioversor;

6.3.1.21. Dieta do paciente por via oral, e a administração oral, enteral, gastrostomia, jejunostomias e parenteral;

6.3.1.22. Dosador para medicação via oral;

6.3.1.23. Copos descartáveis;

6.3.1.24. Bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas;

6.3.1.25. Antissépticos em geral, curativos pós-aplicação/punção, hastes de algodão para a higiene

ocular, ouvido e nariz;

6.3.1.26. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), inclusive os de uso em preparo e administração de Quimioterapia (luvas para proteção contra riscos biológicos e físicos, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e gorro);

6.3.1.27. Equipamentos para Fototerapia (Convencional/ Bilispot/ bilitron/ biliberço/ entre outros);

6.3.1.28. Estão inclusos os demais materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente em todas as acomodações;

6.3.1.29. Gasômetro;

6.3.1.30. Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, pasta dental, sabonete,

6.3.1.31. creme/loções/óleo hidratantes, higienizante bucal, lâmina de barbear;

6.3.1.32. Higienização concorrente e terminal, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;

6.3.1.33. Honorários médicos durante as emergências/intercorrências clínicas. Estes, só serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;

6.3.1.34. Incubadora e berço aquecido;

6.3.1.35. Materiais descartáveis: gorro, touca, pro pé, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, PVPI, clorexidina, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;

6.3.1.36. Monitor multiparâmetro, que no mínimo forneça oximetria, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura corporal; inclui eletrodos;

6.3.1.37. Não será permitida a cobrança de taxas de sala para Serviço Técnico de Apoio a Diagnóstico e Terapia (SADT) e tratamentos especializados realizados à beira do leito;

6.3.1.38. Não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados;

6.3.1.39. Nebulizador/ Inalador (aparelho e kit);

6.3.1.40. Necrotério e a sala de necrópsia;

6.3.1.41. Oxímetro de pulso;

6.3.1.42. Paramentação (máscara, gorro, pro pé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;

6.3.1.43. Roupas de cama e banho para o paciente e acompanhante (no caso de direito a acompanhante), conforme padrão interno;

6.3.1.44. Serviço de Governança e Hotelaria;

6.3.1.45. Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós-morte;

6.3.1.46. Tracionador esquelético; e

6.3.1.47. Transporte e taxa de utilização de equipamentos em UTI, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro: aparelho de radiografia, eletrocardiógrafos, ultrassonografia, desfibrilador, monitores, endoscópios.

### **6.3.2. Não Compreende:**

- 6.3.2.1. Dietas enterais industrializadas, parenterais manipuladas e suplementos especiais, via sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, via oral;
- 6.3.2.2. Enfermagem particular que deverá ser cobrada diretamente do paciente ou responsável;
- 6.3.2.3. Equipamentos e aparelhos para tratamento e diagnóstico;
- 6.3.2.4. Exames para diagnóstico, sessões fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e Terapia ocupacional;
- 6.3.2.5. Hemocomponentes e hemoderivados;
- 6.3.2.6. Honorários médicos;
- 6.3.2.7. Materiais descartáveis não relacionados como compreendidos;
- 6.3.2.8. Medicamentos;
- 6.3.2.9. Oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, óxido nitroso (protóxido de azoto), óxido nítrico, demais gases e vácuo;
- 6.3.2.10. Procedimentos médicos realizados nas unidades de internação; e
- 6.3.2.11. Os honorários serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

### **6.4. Diária de Berçário.**

#### **6.4.1. Compreende:**

- 6.4.1.1. Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;
- 6.4.1.2. Berço aquecido;
- 6.4.1.3. Incubadora;
- 6.4.1.4. Fototerapia.

#### **6.4.2. Não compreende:**

- 6.4.2.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas;

### **6.5. Diárias de Unidade de Terapia Semi-intensiva/Intermediária (UTSI).**

#### **6.5.1. Compreende:**

- 6.5.1.1. Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;
- 6.5.1.2. Monitor cardíaco e de P.A. não invasiva;
- 6.5.1.3. Bomba de Seringa; e
- 6.5.1.4. Equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores.

#### **6.5.2. Não Compreende:**

- 6.5.2.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas;

### **6.6. Diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrico, Neonatal, Coronariana, Neurológica:**

#### **6.6.1. Compreende:**

- 6.6.1.1. Todos os itens compreendidos nas diárias básicas e diária de semi-intensiva;
- 6.6.1.2. Respirador/ventilador; e

6.6.1.3. Monitor de Pressão Arterial Invasiva, de Pressão intracraniana e da Pressão Intra-abdominal.

**6.6.2. Não Compreende:**

6.6.2.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas e unidade semi-intensiva; e

6.6.2.2. A remuneração da diária de UTI e Isolamento exclui as de outros aposentos para o mesmo paciente/dia.

**6.7. Diárias de Isolamento Básicas (Quarto privativo, quarto semi-privativo) ou para transplantes.**

**6.7.1. Compreende:**

6.7.1.1. Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;

6.7.1.2. Paramentação (máscara, gorro, pro-pé, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante/visitantes);

6.7.1.3. Itens permanentes da acomodação (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

**6.7.2. Não Compreende:**

6.7.2.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas.

**6.8. Diárias de Isolamento de UTI Adulto, Pediátrico, Neonatal, Berçário Semi-intensivo e Neonatal):**

**6.8.1. Compreende:**

6.8.1.1. Todos os itens compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Infantil, Pediátrico, Berçário semi-intensivo; UTI Neonatal;

6.8.1.2. Paramentação (máscara, gorro, pro-pé, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante/visitantes); e

6.8.1.3. Itens permanentes da acomodação (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

**6.8.2. Não Compreende:**

6.8.2.1. Todos os itens não compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Pediátrico, Berçário semi-intensivo, UTI Neonatal.

**6.9. Diária de Internação em Psiquiatria:**

**6.9.1. Compreende:**

6.9.1.1. Alimentação;

6.9.1.2. Assistência de enfermagem 24 horas;

6.9.1.3. Atendimento psicológico, terapia ocupacional, nutricional individual ou em grupo;

6.9.1.4. Atividade física, com educador físico (em grupo);

6.9.1.5. Atividades diárias com acompanhamento de monitor;

6.9.1.6. Médico plantonista 24 horas;

6.9.1.7. Programa de família (médico e psicólogo);

6.9.1.8. Serviços de hotelaria; e

6.9.1.9. Visita médica do médico assistente (3 vezes/ semana).

**6.10. Diária de Hospital-Dia em Psiquiatria de 06 (seis) a 12 (doze) horas:**

**6.10.1. Compreende:**

6.10.1.1. Alimentação;

6.10.1.2. Assistência de enfermagem;

6.10.1.3. Atendimento psicológico, terapia ocupacional, nutricional individual ou em grupo;

6.10.1.4. Atividade física, com educador físico (em grupo);

6.10.1.5. Atividades diárias com acompanhamento de monitor;

6.10.1.6. Avaliação do médico assistente; e

6.10.1.7. Programa de família (médico e psicólogo).

**7. TAXAS DE SALA**

7.1. Para o pagamento de todas as despesas realizadas no Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Sala de Recuperação Pós- Anestésica, hemodinâmica, endoscopias, quimioterapia, pronto-socorro/ pronto atendimento será obrigatório o preenchimento dos seguintes critérios:

7.1.1. Identificação completa e legível do paciente nos impressos: boletim anestésico, descrição cirúrgica, folha de transoperatório de enfermagem e de admissão em Sala de Recuperação Pós-anestésica;

7.1.2. Data, hora do início e término do ato cirúrgico e da anestesia;

7.1.3. Equipe envolvida devidamente identificada no boletim anestésico e na descrição cirúrgica;

7.1.4. Assinatura e número do registro no Conselho Profissional de Classe dos profissionais que efetivamente participaram do ato cirúrgico e anestésico nas respectivas folhas de registro;

7.1.5. Descrição legível e detalhada, sem rasuras, da técnica anestésica, técnica cirúrgica, incluindo órteses e próteses, materiais especiais utilizados e suas quantidades;

7.1.6. No boletim anestésico deverá constar a descrição legível, sem rasuras, das medicações, infusões por via parenteral, gases e materiais com suas quantidades utilizadas durante o ato cirúrgico. Deverá ser registrado o tempo de gases e inalantes utilizados com o respectivo preenchimento do gráfico específico;

7.1.7. Na folha de prescrição médica deverão estar registrados pela equipe de enfermagem, a data, o horário, a checagem das medicações, soluções, gases, materiais e os equipamentos utilizados;

7.1.8. Não serão aceitas anotações e checagem de medicações apresentadas com rasuras;

7.1.9. Anotar todos os equipamentos utilizados durante o ato anestésico e cirúrgico;

7.1.10. Não será aceita para fins de cobrança a prescrição de medicamentos em folha de gastos de sala cirúrgica, mesmo que a referida esteja assinada pelo médico-assistente;

7.1.11. Quando for realizado mais de um procedimento, simultaneamente, seja a mesma equipe ou equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, será paga uma única taxa de sala, a qual corresponde à cirurgia de maior porte;

7.1.12. Não será paga a taxa de reprocessamento de material;

7.1.13. Nas cirurgias infectadas, não será cobrado nenhum acréscimo no valor da taxa de sala; e

7.1.14. Considera-se no honorário do anesthesiologista: visita pré-anestésica incluindo a prescrição com letra legível e sem rasuras, no centro cirúrgico, prescrição com letra legível, sem rasuras, e administração de medicações, soluções, hemoderivados, gases, monitorização clínica e manejo de vias aéreas e, na sala de recuperação pós-anestésica: prescrição de forma legível e sem rasuras de medicamentos, soluções, hemoderivados, gases utilizados, monitorização clínica até a recuperação da consciência, estabilidade dos parâmetros vitais e a alta da sala de recuperação pós-anestésica.

## **7.2. Taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrico:**

### **7.2.1. Compreende:**

7.2.1.1. Antissepsia e desinfecção terminal da sala cirúrgica;

7.2.1.2. Antissépticos (solução detergente de PVPI a 10%, solução degermante de clorexidina a 4%, solução alcoólica, solução de álcool iodado de 0,5% a 1%, álcool 70% hipoclorito de sódio a 0,5%, água oxigenada ou peróxido de hidrogênio, formol, povidone e glutaraldeído) para assepsia/antissepsia (equipe/paciente);

7.2.1.3. Aparelho de radiografia, intensificador de imagem e seu transporte;

7.2.1.4. Aparelho para tricotomia completo;

7.2.1.5. Aspiração;

7.2.1.6. Aspirador a vácuo ou elétrico;

7.2.1.7. Bandeja de dissecação/ punção lombar e de subclávia;

7.2.1.8. Bandeja de monitorização de pressão invasiva;

7.2.1.9. Bandeja de pequena cirurgia;

7.2.1.10. Bandeja de sondagem vesical;

7.2.1.11. Bandejas de curativo, infiltração/punção articular;

7.2.1.12. Berço aquecido;

7.2.1.13. Bisturi elétrico, bipolar e argônio, (inclui-se a placa e a caneta descartável ou não);

7.2.1.14. Bomba de Circulação Extracorpórea;

7.2.1.15. Bomba de Infusão em seringa;

7.2.1.16. Bomba de Infusão;

7.2.1.17. Bomba para bota pneumática;

7.2.1.18. Cal soldada;

7.2.1.19. Capa para vídeo e microscópio;

7.2.1.20. Capnógrafo;

7.2.1.21. Carro de anestesia;

7.2.1.22. Craniótomo;

7.2.1.23. Desfibrilador e Cardioversor;

7.2.1.24. Eletrocautério;

7.2.1.25. Enxoval cirúrgico descartável ou não;

7.2.1.26. Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;

- 7.2.1.27. Equipamento de vídeo para cirurgia e exame;
- 7.2.1.28. Escadinha;
- 7.2.1.29. Escova para degermação;
- 7.2.1.30. Espéculo;
- 7.2.1.31. Faixa smarch;
- 7.2.1.32. Foco cirúrgico e auxiliar;
- 7.2.1.33. Frasco coletor para lavado de qualquer tipo;
- 7.2.1.34. Garrote pneumático;
- 7.2.1.35. Halo craniano;
- 7.2.1.36. Imobilização provisória;
- 7.2.1.37. Instalação de soro;
- 7.2.1.38. Instrumental cirúrgico básico esterilizado; equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia);
- 7.2.1.39. Rouparia inerente ao centro cirúrgico/obstétrico descartável ou não (avental, máscara, gorro, pro pé, botas, escovas e campos cirúrgicos (exceto os campos cirúrgicos tipo Ioban, Stare Drape e campo adesivo);
- 7.2.1.40. Ionizador;
- 7.2.1.41. Irrigação Contínua;
- 7.2.1.42. Itens permanentes da sala cirúrgica (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz;
- 7.2.1.43. Kit de roupa de cama;
- 7.2.1.44. Lâmina para esfregaço;
- 7.2.1.45. Laser Cirúrgico, Argônio e Yag Laser;
- 7.2.1.46. Lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;
- 7.2.1.47. Limpeza e desinfecção do ambiente;
- 7.2.1.48. Limpeza e soluções para a desinfecção das salas de instrumentais;
- 7.2.1.49. Lixa para limpeza de eletrocautério;
- 7.2.1.50. Lupa Cirúrgica;
- 7.2.1.51. Manta Térmica (aquecedor);
- 7.2.1.52. Materiais descartáveis: gorro, touca, pro pés, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI e clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- 7.2.1.53. Materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- 7.2.1.54. Mesa de Mayo;
- 7.2.1.55. Mesas auxiliares;
- 7.2.1.56. Mesas Cirúrgicas contendo seus acessórios;
- 7.2.1.57. Microscópio Cirúrgico;

- 7.2.1.58. Monitor e sensor BISS;
- 7.2.1.59. Monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;
- 7.2.1.60. Oxímetro;
- 7.2.1.61. Perfurador elétrico e a gás;
- 7.2.1.62. Preparo e esterilização dos instrumentais cirúrgicos;
- 7.2.1.63. Pulseira de identificação da mãe/recém nascido;
- 7.2.1.64. Radioscopia;
- 7.2.1.65. Raio-X portátil;
- 7.2.1.66. Realização de curativo;
- 7.2.1.67. Respirador e filtro de qualquer tipo;
- 7.2.1.68. Retirada de Gesso;
- 7.2.1.69. Retirada de imobilização Provisória ou Não gessada;
- 7.2.1.70. Sala de Pré-Parto, Sala de Recuperação Anestésica;
- 7.2.1.71. Sala de reanimação de RN;
- 7.2.1.72. Serra Elétrica e de Stryker;
- 7.2.1.73. Serviço de Enfermagem pré, trans e pós-operatório;
- 7.2.1.74. Serviço técnico de apoio (Instrumentador e Circulante);
- 7.2.1.75. Serviços de enfermagem;
- 7.2.1.76. Sistema de Aspiração Fechado;
- 7.2.1.77. Sondagem Gástrica, Nasoenteral, Retal, Vesical de alívio e demora;
- 7.2.1.78. Suporte para soro;
- 7.2.1.79. Tracionador esquelético;
- 7.2.1.80. Trépano elétrico;
- 7.2.1.81. Tricotomia e material utilizado;
- 7.2.1.82. Umidificador;
- 7.2.1.83. Estão inclusos todos os materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente; e
- 7.2.1.84. Não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados.

## **7.2.2. Não Compreende:**

- 7.2.2.1. Medicamentos;
- 7.2.2.2. Materiais, exceto os descritos como compreendidos;
- 7.2.2.3. Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;
- 7.2.2.4. Oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, dióxido de carbono, óxido nitroso, óxido nítrico e demais gases; e

7.2.2.5. OPME.

### **7.3. Taxa de Sala de Imobilização:**

#### **7.3.1. Compreende:**

7.3.1.1. Uso da sala, instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra de gesso, aventais e campo de proteção não descartáveis, luvas e óculos de proteção para o médico e funcionários); e

7.3.1.2. Serviços do “técnico de gesso”.

#### **7.3.2. Não Compreende:**

7.3.2.1. Gesso e demais materiais descartáveis ou insumos necessários ao procedimento;

7.3.2.2. Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante; e

7.3.2.3. A taxa de sala de gesso não será remunerada nos seguintes casos: imobilizações descartáveis, reutilizáveis, plásticas e sintéticas, enfaixamentos, e retirada de gesso, quando o aparelho gessado tiver sido colocado pela CONTRATADA.

### **7.4. Taxa de Sala de Quimioterapia ambulatorial.**

7.4.1. A taxa só será cobrada em caso de paciente em tratamento ambulatorial e não cabe a cobrança de taxa de sala para administração via subcutâneo/ou via oral:

#### **7.4.2. Compreende:**

7.4.2.1. Uso da sala;

7.4.2.2. Sala de preparo do quimioterápico;

7.4.2.3. Quimioterapia sessão;

7.4.2.4. Materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos;

7.4.2.5. Bomba de infusão ( em caso do uso de mais de 2 (duas) sessões de bomba de infusão, será pago o equivalente ao uso diário), oxímetro, desfibrilador, monitores simples e multiparâmetro, bomba de infusão em seringa;

7.4.2.6. Serviços de enfermagem inerentes aos procedimentos;

7.4.2.7. Serviços farmacêuticos e EPI utilizado no preparo da medicação;

7.4.2.8. Equipamento de Proteção Individual (EPI) utilizados por Farmacêuticos, Médicos e Enfermagem, e também aqueles que substituem materiais permanentes, tais como lençóis, toalhas e etc; e

7.4.2.9. Curativos pequenos e médios.

#### **7.4.3. Não Compreende:**

7.4.3.1. Equipo da bomba de infusão ;

7.4.3.2. Medicamentos;

7.4.3.3. Materiais descartáveis (Exceto EPI e àqueles que substituem materiais permanentes, tais como lençóis, toalha etc.);

7.4.3.4. Honorários médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante; e

7.4.3.5. Honorários médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com

assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

#### **7.5. Taxa de Sala de Procedimentos Ambulatoriais/ Taxa de Observação em pronto socorro/pronto atendimento.**

7.5.1. Não será remunerado período de Taxa de Observação em Pronto-Socorro/pronto atendimento para usuários que estiverem apenas aguardando resultado de exames:

##### **7.5.2. Compreende:**

7.5.2.1. Aspiração;

7.5.2.2. Aspirador elétrico, a vácuo ou ultrassônico;

7.5.2.3. Bandeja de infiltração/punção articular;

7.5.2.4. Bandeja de pequena cirurgia;

7.5.2.5. Bandeja de punção lombar;

7.5.2.6. Bandeja de subclávia;

7.5.2.7. Bandejas de curativo;

7.5.2.8. Bomba de Infusão ( em caso do uso de mais de 2 (duas) sessões de bomba de infusão, será pago o equivalente ao uso diário);

7.5.2.9. Serviços de enfermagem inerentes aos procedimentos

7.5.2.10. Desfibrilador e Cardioversor;

7.5.2.11. Dosador para medicação;

7.5.2.12. Copos descartáveis;

7.5.2.13. Algodão;

7.5.2.14. Material para curativos pós-aplicação;

7.5.2.15. Materiais e soluções antissépticas e produtos de higiene do paciente;

7.5.2.16. Eletrocautério;

7.5.2.17. Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;

7.5.2.18. Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes aos procedimentos

7.5.2.19. Escadinha;

7.5.2.20. Focos luminosos;

7.5.2.21. Instalação de soro;

7.5.2.22. Instalações da sala;

7.5.2.23. Kit de roupa de cama;

7.5.2.24. e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;

7.5.2.25. Lavagem;

7.5.2.26. Limpeza e desinfecção do ambiente;

7.5.2.27. Materiais descartáveis: gorro, touca, pro pé, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, utilizada pela equipe multidisciplinar e pelo paciente;

7.5.2.28. Materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;

7.5.2.29. Mesa de Mayo;

7.5.2.30. Monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;

7.5.2.31. Nebulizador/ inalador de qualquer tipo;

7.5.2.32. Oxímetro; e

7.5.2.33. Suporte para soro.

**7.5.3. Não Compreende:**

7.5.3.1. Medicamentos;

7.5.3.2. Materiais descartáveis ; e

7.5.3.3. Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

**7.6. Taxa de Sala de Emergência:**

**7.6.1. Compreende:**

7.6.1.1. Todos os itens compreendidos na taxa de observação em Pronto Socorro/ Pronto Atendimento;

7.6.1.2. Bomba de Seringa e Bomba de Infusão ( em caso do uso de mais de 2 (duas) sessões de bomba de infusão, será pago o equivalente ao uso diário);

7.6.1.3. Capnógrafo;

7.6.1.4. Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes ao atendimento de emergência;

7.6.1.5. Equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores;

7.6.1.6. Instalações da sala de emergência;

7.6.1.7. Monitor de P.A. não invasiva e invasiva;

7.6.1.8. Qualquer tipo de Aspirador;

7.6.1.9. Respirador/Ventilador; e

7.6.1.10. Serviços de enfermagem inerentes ao atendimento de emergência;

7.6.1.11. Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem (ex Bandeja).

**7.6.2. Não Compreende:**

7.6.2.1. Medicamentos;

7.6.2.2. Materiais descartáveis; e

7.6.2.3. Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

**7.7. Taxa de Sala de Hemodinâmica:**

**7.7.1. Compreende:**

7.7.1.1. Todos os itens compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrico;

7.7.1.2. Taxa de Balão Intra-aórtico; e

7.7.1.3. Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica.

### **7.7.2. Não Compreende:**

7.7.2.1. Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrico.

### **7.8. Taxa de Inalação (Ambulatorial e Pronto-Socorro/ Pronto atendimento):**

#### **7.8.1. Compreende:**

7.8.1.1. Gases medicinais prescritos;

7.8.1.2. Nebulizador/ Inalador; e

7.8.1.3. Material e medicamentos (Soro fisiológico, Bromidrato de Fenoterol, Brometo de Ipratrópio) e serviços de enfermagem inerentes ao procedimento;

#### **7.8.2. Não Compreende:**

7.8.2.1. Demais medicamentos relacionados ao procedimento.

### **7.9. Taxa de Heparinização (Ativação e desativação) de PORT-CATH:**

#### **7.9.1. Compreende:**

7.9.1.1. Água destilada;

7.9.1.2. Agulha para heparina;

7.9.1.3. Agulha port-cath ponta huber – 01 (uma);

7.9.1.4. Bandeja de curativos;

7.9.1.5. Curativo filme transparente; e

7.9.1.6. Esparadrapo;

7.9.1.7. Fita crepe;

7.9.1.8. Gaze;

7.9.1.9. Heparina sódica;

7.9.1.10. Luva de estéril e de procedimentos;

7.9.1.11. Material de antisepsia e assepsia (solução detergente de PVPI a 10%, solução degermante de clorexidina a 4%, solução alcoólica, solução de álcool iodado de 0,5% a 1%, álcool 70% hipoclorito de sódio a 0,5%, água oxigenada ou peróxido de hidrogênio, formol, povidone e glutaraldeído);

7.9.1.12. Micropore;

7.9.1.13. Seringas; e

7.9.1.14. Soro fisiológico.

### **7.10. Taxa de curativos– Pronto-Socorro e Ambulatorial:**

#### **7.10.1. Compreende:**

7.10.1.1. A.G..E (ácidos graxos essenciais)

7.10.1.2. Água destilada;

7.10.1.3. Atadura;

7.10.1.4. Bandeja de curativo;

7.10.1.5. Esparadrapo;

7.10.1.6. Fita crepe;

7.10.1.7. Gaze; e

7.10.1.8. Luva de procedimentos.

7.10.1.9. Material de antissepsia e assepsia (solução detergente de PVPI a 10%, solução degermante de clorexidina a 4%, solução alcoólica, solução de álcool iodado de 0,5% a 1%, álcool 70% hipoclorito de sódio a 0,5%, água oxigenada ou peróxido de hidrogênio, formol, povidine e glutaraldeído);

7.10.1.10. Micropore; e

7.10.1.11. Soro fisiológico.

**7.10.2. Não compreende:**

7.10.2.1. Materiais de cobertura específica; e

7.10.2.2. Medicamentos prescritos.

## **8. PACOTES GERENCIADOS**

8.1. Procedimentos gerenciados incluem: honorários médicos, taxas de sala, materiais e medicamento.

8.1.2. Na existência de OPME, o mesmo estará descrito na tabela própria do procedimento conforme tabela específica deste anexo.

8.1.3. Caso o OPME não esteja incluso no pacote, ele será pago conforme NF acrescido de 15%.

## **8.2. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

8.2.1. Hemodiálise para paciente crônico (ambulatorial/intrahospitalar).

**8.2.2. Compreende:**

8.2.2.1. Honorários médicos inerentes ao procedimento de hemodiálise;

8.2.2.2. Instalações da sala e equipamento de hemodiálise, incluindo equipo e soluções para funcionamento da máquina;

8.2.2.3. Material para atendimento de suporte a urgência/emergência;

8.2.2.4. Monitores simples;

8.2.2.5. Oxímetro;

8.2.2.6. Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente.

8.2.2.7. Poltronas ou leitos clínicos;

8.2.2.8. Serviços de enfermagem inerente ao procedimento; e

8.2.2.9. Todas as etapas inerentes ao reprocessamento do capilar e linhas, assim como os materiais, equipamentos e soluções utilizadas.

**8.2.3. Não Compreende:**

8.2.3.1. Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrico.

8.2.3.2. Medicação: hemax, sulfato ferroso e reposição de cálcio; e

8.2.4. Hemodiafiltração: poderá ser realizado em casos excepcionais, na falha da hemodiálise convencional, após indicação médica, que será submetida ao parecer especializado da equipe médica da Força Aérea Brasileira e aprovação de Órgão Regulador Superior de Saúde. Será reavaliada a indicação da manutenção desta terapia, periodicamente, conforme o parecer especializado.

### **8.3. RADIOTERAPIA:**

#### **8.3.1. Compreende:**

- 8.3.1.1. Campos de Mega Voltagem;
- 8.3.1.2. Blocos de Colimação;
- 8.3.1.3. Filme de Verificação;
- 8.3.1.4. Simulação Intermediária;
- 8.3.1.5. Simples (SEM Tomografia);
- 8.3.1.6. Intermediário (COM Tomografia);
- 8.3.1.7. Complexo (COM Tomografia E Contraste);
- 8.3.1.8. Planejamento de Tratamento Computadorizado, Simples e/ou Trimidimensional;
- 8.3.1.9. Sistema de Imobilização; e
- 8.3.1.10. Honorário Médico.

### **8.4. OFTALMOLOGIA:**

8.4.1. Pacotes gerenciados em oftalmologia (exames, tratamentos e cirurgias), incluem:

- 8.4.1.1. Honorários médicos;
- 8.4.1.2. Instrumentador;
- 8.4.1.3. Materiais e equipamentos;
- 8.4.1.4. Medicamentos;
- 8.4.1.5. Taxas de sala;
- 8.4.1.6. Serviços de enfermagem;
- 8.4.1.7. Anestesista (quando necessário);
- 8.4.1.8. Retornos necessários no pós-operatório até 10 dias após a cirurgia; e
- 8.4.1.9. OPME será pago conforme especificado em tabela deste anexo ou NF acrescido de 15%.

### **8.5. GASTROENTEROLOGIA**

#### **8.5.1. Endoscopia digestiva e colonoscopia diagnóstica/intervencionista:**

#### **8.5.2. Compreende:**

- 8.5.2.1. Honorário médico;
- 8.5.2.2. Sistema completo de vídeo-endoscopia;
- 8.5.2.3. Utilização da sala de endoscopia;
- 8.5.2.4. Sedação;
- 8.5.2.5. Repouso do paciente;
- 8.5.2.6. Monitor cardíaco;

- 8.5.2.7. Oxímetro de pulso;
- 8.5.2.8. Bisturi elétrico;
- 8.5.2.9. Materiais e medicamentos utilizados inerentes ao procedimento, inclusive OPME; e
- 8.5.2.10. Gases.

8.5.3. **Não compreende:**

- 8.5.3.1. Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);
- 8.5.3.2. Endoleep e clips endoscópicos; e
- 8.5.3.3. Anátomo-patológico.

8.6. **SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

8.6.1. Pacote de permanência para até 6 horas por dia.

- 8.6.1.1. Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração de plano terapêutico.
- 8.6.1.2. Avaliação e validação da residência;
- 8.6.1.3. Call Center 24horas/dia;
- 8.6.1.4. EPI's;
- 8.6.1.5. Curativos – Integrais;
- 8.6.1.6. Inalação com macronebulização e conjunto de oxigenoterapia por cateter;
- 8.6.1.7. Orientação aos familiares e identificação do cuidador;
- 8.6.1.8. Equipamentos e mobiliários conforme necessidade (cama hospitalar ou elétrica, colchão convencional, berço com colchões e grades, escada de 02 degraus, suporte de soro, cadeira higiênica adulto/obeso, concentrador de oxigênio com cilindro 4m<sup>3</sup> se SOS, cilindros de O<sub>2</sub> (exceto recargas), fluxômetro, inalador e nebulizador com 01 extensão, umidificador com 01 extensão, oxímetro de pulso adulto e pediátrico, ambú, aparelho de PA e esfigmomanômetro (adulto, obeso e pediátrico), termômetro, aspirador com 01 extensão, bomba infusão para medicamento e dietas, monitor de glicemia, caixa de perfuro cortante;
- 8.6.1.9. Auxiliar e/ou técnico de enfermagem no período;
- 8.6.1.10. Visita do Enfermeiro 2x ao mês;
- 8.6.1.11. Visita Estomaterapeuta quando solicitado pelo médico 1x ao mês com autorização prévia;
- 8.6.1.12. Fisioterapeuta quando solicitado pelo médico 1x/semana;
- 8.6.1.13. Fonoterapia quando solicitado pelo médico 2 sessões ao mês;
- 8.6.1.14. Nutricionista quando solicitado pelo médico 1x/mês;
- 8.6.1.15. Visita do Médico 1x ao mês;
- 8.6.1.16. Apoio de serviço social;
- 8.6.1.17. Remoção Inicial (Hospital- Domicílio) – 01 Unidade;
- 8.6.1.18. Remoção por necessidade (Domicilio – Hospital) – 01 Unidade;
- 8.6.1.19. Remoção por alta hospitalar (Hospital - Domicílio) – 01 Unidade; e
- 8.6.1.20. Relatórios técnicos mensais e documento evidenciando as datas do atendimento, assinatura do profissional e do responsável legal.

## **8.6.2. Pacote de permanência para até 12 horas por dia:**

### **8.6.2.1. Compreende:**

- 8.6.2.2. Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração de plano terapêutico.
- 8.6.2.3. Avaliação e validação da residência;
- 8.6.2.4. Call Center 24horas/dia;
- 8.6.2.5. EPI's;
- 8.6.2.6. Execução de Curativos;
- 8.6.2.7. Inalação com macronebulização e conjunto de oxigenoterapia por cateter;
- 8.6.2.8. Orientação aos familiares e identificação do cuidador;
- 8.6.2.9. Equipamentos imobiliários conforme necessidade (cama hospitalar ou elétrica, colchão convencional, berço com colchões e grades, escada de 02 degraus, suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica adulto/obeso, concentrador de oxigênio com cilindro de O<sub>2</sub> de 4m<sup>3</sup> se SOS (exceto recargas), fluxômetro, inalador e nebulizador com 01 extensão, copo umidificador com 01 extensão, oxímetro de pulso adulto e pediátrico, ambú, aparelho de PA e esfigmomanômetro (adulto, obeso e pediátrico), termômetro, aspirador com 01 extensão, bomba infusão para medicamento e dietas, monitor de glicemia, caixa de perfuro cortante;
- 8.6.2.10. Auxiliar e/ou técnico de enfermagem no período;
- 8.6.2.11. Visita do Enfermeiro 2x ao mês;
- 8.6.2.12. Visita do Enfermeiro Estomaterapeuta quando solicitado pelo médico 1x ao mês com autorização prévia;
- 8.6.2.13. Fisioterapeuta quando solicitado pelo médico 2x por semana;
- 8.6.2.14. Fonoterapia quando solicitado pelo médico 1x por semana;
- 8.6.2.15. Terapeuta ocupacional quando solicitado pelo médico 1x por semana;
- 8.6.2.16. Visita do Médico 2x ao mês;
- 8.6.2.17. Nutricionista quando solicitado pelo médico 1x/mês
- 8.6.2.18. Apoio de serviço social;
- 8.6.2.19. Remoção Hospital/Domicílio – 01 Unidade/semestre;
- 8.6.2.20. Remoção Domicílio/Hospital – 01 Unidade/semestre;
- 8.6.2.21. Relatórios técnicos mensais e documento evidenciando as datas do atendimento, assinatura do profissional e do responsável legal.

## **8.7. Pacote de permanência para até 24 horas por dia (Média Complexidade com Enfermagem)**

### **8.7.1. Compreende:**

- 8.7.1.1. Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração de plano terapêutico.
- 8.7.1.2. Avaliação e validação da residência;
- 8.7.1.3. Call Center 24horas/dia;
- 8.7.1.4. EPI's;
- 8.7.1.5. Execução de curativos;

- 8.7.1.6. Inalação com macronebulização e conjunto de oxigenoterapia por cateter;
- 8.7.1.7. Orientação aos familiares e identificação do cuidador;
- 8.7.1.8. Equipamentos imobiliários conforme necessidade (cama hospitalar ou elétrica, colchão convencional, berço com colchões e grades, escada de 02 degraus, suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica adulto/obeso, concentrador de oxigênio com cilindro de O<sub>2</sub> de 8m<sup>3</sup> se SOS (exceto recargas), fluxômetro, inalador e nebulizador com 01 extensão, copo umidificador com 01 extensão, respirador/ventilador e circuitos, oxímetro de pulso adulto e pediátrico, ambú, aparelho de PA e esfigmomanômetro (adulto, obeso e pediátrico), termômetro, aspirador com 01 extensão, bomba infusão para medicamento e dietas, monitor de glicemia, caixa de perfuro cortante;
- 8.7.1.9. Auxiliar e/ou técnico de enfermagem no período;
- 8.7.1.10. Visita do Enfermeiro 1x por semana;
- 8.7.1.11. Visita do Enfermeiro Estomaterapeuta quando solicitado pelo médico 1x ao mês com autorização prévia;
- 8.7.1.12. Fisioterapeuta quando solicitado pelo médico 5x por semana;
- 8.7.1.13. Fonoterapia quando solicitado pelo médico 2x por semana;
- 8.7.1.14. Terapeuta ocupacional quando solicitado pelo médico 1x por semana;
- 8.7.1.15. Nutricionista quando solicitado pelo médico 1x ao mês;
- 8.7.1.16. Visita do Médico 1x por semana;
- 8.7.1.17. Apoio de serviço social;
- 8.7.1.18. Remoção UTI Hospital/Domicílio – 01 Unidade/trimestre;
- 8.7.1.19. Remoção UTI Domicílio/Hospital – 01 Unidade/trimestre;
- 8.7.1.20. Relatórios técnicos mensais e documento evidenciando as datas do atendimento, assinatura do profissional e do responsável legal.

**8.8. Pacote de permanência para até 24 horas por dia (alta complexidade com ventilação mecânica):**

**8.8.1. Compreende:**

- 8.8.1.1. Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração de plano terapêutico.
- 8.8.1.2. Avaliação e validação da residência;
- 8.8.1.3. Call Center 24horas/dia;
- 8.8.1.4. EPI's;
- 8.8.1.5. Execução de curativos;
- 8.8.1.6. Inalação com macronebulização e conjunto de oxigenoterapia por cateter;
- 8.8.1.7. Orientação aos familiares e identificação do cuidador;
- 8.8.1.8. Equipamentos imobiliários conforme necessidade (cama hospitalar ou elétrica, colchão convencional, berço com colchões e grades, escada de 02 degraus, suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica adulto/obeso, concentrador de oxigênio com cilindro de O<sub>2</sub> de 8m<sup>3</sup> se SOS (exceto recargas), fluxômetro, inalador e nebulizador com 01 extensão, copo umidificador com 01 extensão, CPAP/BIPAP, respirador/ventilador e circuitos, oxímetro de pulso adulto e pediátrico, ambú, aparelho de PA e esfigmomanômetro (adulto, obeso e pediátrico), termômetro, aspirador com 01 extensão, bomba infusão para medicamento e dietas, monitor de glicemia, caixa de perfuro

cortante, micronebulizador T Hudson, filtro, umidificador, máscara básica, fixador paramáscara, porta de entrada para oxigênio;

8.8.1.9. No-break e baterias para manutenção de energia;

8.8.1.10. Auxiliar e/ou técnico de enfermagem no período;

8.8.1.11. Visita do Enfermeiro 1x por semana;

8.8.1.12. Visita do Enfermeiro Estomaterapeuta quando solicitado pelo médico 1x ao mês com autorização prévia;

8.8.1.13. Fisioterapeuta quando solicitado pelo médico 5x por semana;

8.8.1.14. Fonoterapia quando solicitado pelo médico 2x por semana;

8.8.1.15. Nutricionista quando solicitado pelo médico 1x ao mês;

8.8.1.16. Visita do Médico 1x por semana;

8.8.1.17. Apoio de serviço social;

8.8.1.18. Remoção UTI hospital/Domicílio – 01 Unidade/trimestre;

8.8.1.19. Remoção UTI Domicílio/Hospital – 01 Unidade/trimestre;

8.8.1.20. Relatórios técnicos mensais e documento evidenciando as datas do atendimento, assinatura do profissional e do responsável legal.

**8.8.2. Recarga de torpedos de O2 inclui item de transporte, recargas e reposições (24 horas), fluxômetro e regulador depressão.**

**8.8.3. Procedimentos de Enfermagem:**

**8.8.3.1. Compreende:**

8.8.3.1.1. Sondagem vesical de demora;

8.8.3.1.2. Sondagem vesical de alívio;

8.8.3.1.3. Sondagem nasogástrica;

8.8.3.1.4. Sondagem nasoenteral (material + procedimento); e

8.8.3.1.5. As solicitações de procedimentos somente serão autorizadas para pacientes que não estiverem utilizando o pacote de permanência (12 e 24 horas).

**8.8.4. Pacote de suporte ventilatório para paciente na modalidade assistência domiciliar:**

**8.8.4.1. Compreende:**

8.8.4.1.1. Concentrador de Oxigênio até 5l/min;

8.8.4.1.2. Cilindro 8m³ SOS até 2 unidades por semana;

8.8.4.1.3. Cateter nasal com extensor;

8.8.4.1.4. Fluxômetro;

8.8.4.1.5. Copo umidificador; e

8.8.4.1.6. Oxímetro.

**8.9. MEDICINA NUCLEAR**

**8.9.1. Compreende:**

8.9.1.1. Honorário médico;

- 8.9.1.2. Materiais;
- 8.9.1.3. Medicamentos pertinentes ao procedimento; e
- 8.9.1.4. Radiofármaco.

#### **8.10. HEMOTERAPIA:**

- 8.10.1. A seleção de hemocomponentes especiais (hemácias/plaquetas filtradas, irradiadas, lavadas ou randômicas, em diferentes apresentações) somente será aceita quando respaldada por indicação clínica formal, devidamente registrada no prontuário do paciente, de acordo com as diretrizes hemoterápicas do Ministério da Saúde, ANVISA e normativos internos do SISAU;
- 8.10.2. A justificativa deverá demonstrar a pertinência da escolha em relação ao risco transfusional e ao benefício esperado; e
- 8.10.3. A ausência de motivação técnica implicará glosa conforme normativos de auditoria.

#### **8.11. COLETA DE LÍQUOR AMBULATORIAL:**

- 8.11.1. Compreende:
  - 8.11.1.1. Taxa de sala;
  - 8.11.1.2. Materiais;
  - 8.11.1.3. Medicamentos;
  - 8.11.1.4. Sedação (ambulatorial) se necessário; e
  - 8.11.1.5. Honorários médicos e de enfermagem.
- 8.11.2. A coleta de líquido será realizada pelo prestador credenciado, por profissional habilitado, com identificação adequada da amostra;
- 8.11.3. Após a coleta, o material será entregue ao paciente para encaminhamento imediato ao laboratório credenciado pelo GSAU-SJ de sua escolha; e
- 8.11.4. A análise e a entrega dos resultados são de responsabilidade do laboratório escolhido.

#### **8.12. EXAMES TOXICOLÓGICOS:**

- 8.12.1. Para realização de exames toxicológicos, não está incluso a coleta pelo credenciado; e
- 8.12.2. A coleta do material será realizada pela equipe do GSAU-SJ e depois encaminhada para o laboratório credenciado.

### **9. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNSA**

- 9.1. Absorvente Higiênico;
- 9.2. Aconchego;
- 9.3. Adesivo para fixação externa não estéril (micropore, transpore e similares);
- 9.4. Água oxigenada;
- 9.5. Algodão;
- 9.6. Aquecedor e manta térmica;
- 9.7. Abaixador de Língua;
- 9.8. Bacia plástica;

- 9.9. Band-aid;
- 9.10. Bandeja para raquianestesia;
- 9.11. Blood Stop e equivalentes;
- 9.12. Blusas descartáveis;
- 9.13. Bolsa de água quente;
- 9.14. Bom ar;
- 9.15. Bomba para ordenha;
- 9.16. BULL DOG;
- 9.17. Cabo bipolar;
- 9.18. Cadeira de apoio para banho;
- 9.19. Calçados ortopédicos;
- 9.20. Camisa para microcâmera;
- 9.21. Campo cirúrgico (operatório) descartável;
- 9.22. Caneta para bisturi descartável;
- 9.23. Cânula de Guedel;
- 9.24. Capa para microscópio;
- 9.25. Chuca/chupeta;
- 9.26. Cidex;
- 9.27. Cinta lombar;
- 9.28. Clorohexidina;
- 9.29. Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério;
- 9.30. Colete lombar;
- 9.31. Colutório bucal;
- 9.32. Combi-red (tampa para soro) e seus equivalentes;
- 9.33. Compressa cirúrgica;
- 9.34. Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- 9.35. Conector de qualquer tipo;
- 9.36. Copo descartável;
- 9.37. Cotonete – pagar apenas para oftalmologia;
- 9.38. Cotonóide – pagar apenas para neurologia;
- 9.39. Creme dental;
- 9.40. Dermoidini, Gehm-hand, Esterilderm, Álcool iodado;
- 9.41. Despesa de frigobar;
- 9.42. Dispositivo anti-trombolítico;
- 9.43. Eletrodos de monitorização;

- 9.44. Emplasto;
- 9.45. Escova de degermação;
- 9.46. Escova de dente;
- 9.47. Escova para assepsia das mãos;
- 9.48. Espéculo descartável;
- 9.49. Esponja para banho;
- 9.50. Estabilizador de tornozelo;
- 9.51. Éter benzina e tintura de iodo;
- 9.52. Extensor para aspirador (qualquer tipo);
- 9.53. Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
- 9.54. Faixa elástica pós-operatória;
- 9.55. Filme endoscópio;
- 9.56. Filtro respirador;
- 9.57. Filtro solar;
- 9.58. Fio dental;
- 9.59. Fiso-hex, povidine;
- 9.60. Fitas de vídeo e CD;
- 9.61. Fixador de tubo traqueal e equivalente;
- 9.62. Fixador externo;
- 9.63. Formol;
- 9.64. Fralda descartável;
- 9.65. Frascos para exame;
- 9.66. Gaze radiopaca;
- 9.67. Gaze não estéril;
- 9.68. Gel para biométrica;
- 9.69. Gerador de tecnécio;
- 9.70. Germipol;
- 9.71. Gesso sintético;
- 9.72. Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
- 9.73. Imobilizador;
- 9.74. Instrumento para tricotomia e barbear;
- 9.75. Lençol descartável;
- 9.76. Lenço umedecido;
- 9.77. Loções hidratantes;
- 9.78. Luva para aparelhos de videocirurgia;

- 9.79. Mantas de qualquer material, tipo ou finalidade;
- 9.80. Manteiga de cacau;
- 9.81. Máscara Laríngea;
- 9.82. Material de banho do RN;
- 9.83. Meia elástica;
- 9.84. Meia, cinta, atadura e calça elástica;
- 9.85. Mercúrio de prata;
- 9.86. Micro por espaçador;
- 9.87. Muletas;
- 9.88. Pasta gel;
- 9.89. Papel higiênico;
- 9.90. Pijama descartável;
- 9.91. Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
- 9.92. Protetor labial e auricular;
- 9.93. Sabonete;
- 9.94. Sandália para gesso e palmilha para calcâneo;
- 9.95. Sensor infantil neonatal;
- 9.96. Sensor para oxímetro;
- 9.97. Talco;
- 9.98. Tapoin;
- 9.99. Termômetro;
- 9.100. Tipóias;
- 9.101. Toalhas descartável;
- 9.102. Redutor trocáter;
- 9.103. Tampa cone luer; e
- 9.104. Demais produtos com finalidade higiênica e cosmética.

## **10. TABELA DE PROCEDIMENTO CODIFICADOS**

### **10.1. CONSULTAS:**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>      | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|-----------------------|--------------------|
| 10101012      | CONSULTA AMBULATORIAL | R\$131,39          |
| 10101039      | CONSULTA EMERGÊNCIA   | R\$102,66          |
| 10101063      | TELECONSULTA          | R\$130,00          |

### **10.2. MATERIAIS E MEDICAMENTOS**

| CRITÉRIO    | DESCRIÇÃO                                                                                                         | REFERENCIAL                                       |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| PREVALÊNCIA | Medicamentos de uso comum                                                                                         | BRASÍNDICE PF                                     |
| PREVALÊNCIA | Medicamentos de uso restrito                                                                                      | BRASÍNDICE PF + 20%                               |
| MÉDIA %     | Medicamentos Oncológicos                                                                                          | BRASÍNDICE PF + 11%                               |
| PREVALÊNCIA | Materiais de consumo                                                                                              | SIMPRO PF                                         |
| PREVALÊNCIA | OPME                                                                                                              | NOTA FISCAL + 15%                                 |
| PREVALÊNCIA | Dietas enterais / industrializadas                                                                                | BRASÍNDICE PF / SIMPRO                            |
| MÉDIA %     | Dietas parenterais manipuladas                                                                                    | NF + 13,5%                                        |
| MÉDIA %     | EQUIPOS E FRASCOS DE DIETAS                                                                                       | SIMPRO PF - 23,5%                                 |
| PREVALÊNCIA | Tabela de Honorários Médicos (NÃO PREVISTOS NO REFERENCIAL DE CUSTO)                                              | CBHPM 2012 5ª EDIÇÃO UCO 14,33                    |
| PREVALÊNCIA | Tabela de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) e Hemoterapia (NÃO PREVISTOS NO REFERENCIAL DE CUSTO) | CBHPM 2012 5ª EDIÇÃO UCO 14,33 sem tabela própria |
| PREVALÊNCIA | Medicamento que não consta na Tabela BRASÍNDICE                                                                   | NF + 10%                                          |
| PREVALÊNCIA | Materiais de consumo que não constam na tabela SIMPRO                                                             | NF + 10%                                          |
| PREVALÊNCIA | Tabela de Progressão (quando o procedimento não constar na tabela contratada)                                     | CBHPM DE 2018 COM UCO 14,33                       |

### 10.3. SERVIÇOS HOSPITALARES:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                       | REFERENCIAL  |
|----------|---------------------------------|--------------|
|          | <b>DIÁRIAS</b>                  |              |
| 60000082 | DIÁRIA DE BERÇÁRIO              | R\$ 224,19   |
| 60000651 | DIÁRIA DE APARTAMENTO           | R\$ 566,50   |
| 60000686 | DIÁRIA ISOLAMENTO APARTAMENTO   | R\$ 752,17   |
| 60000775 | DIÁRIA HOSPITAL DIA APARTAMENTO | R\$ 329,65   |
| 60000783 | DIÁRIA HOSPITAL DIA ENFERMARIA  | R\$ 317,64   |
| 60000805 | DIÁRIA ENFERMARIA               | R\$ 366,98   |
| 60001038 | DIÁRIA UTI ADULTO               | R\$ 1.095,88 |

|          |                                                                                                |                    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 60001054 | DÁRIA UTI PEDIÁTRICA                                                                           | R\$ 1.194,03       |
| 60001062 | DIÁRIA UTI NEONATAL                                                                            | R\$ 1.169,45       |
| 60001194 | DIÁRIA DE ISOLAMENTO BERÇÁRIO                                                                  | R\$ 950,88         |
| 60001330 | DIÁRIA ISOLAMENTO UTI ADULTO                                                                   | R\$ 1.329,10       |
| 60001356 | DIÁRIA ISOLAMENTO UTI PEDIÁTRICA                                                               | R\$ 1.404,17       |
| 60001364 | DIÁRIA ISOLAMENTO UTI NEONATAL                                                                 | R\$ 1.372,10       |
|          | ACRÉSCIMO DIÁRIA DE BERÇÁRIO PARA GEMELAR                                                      | ACRÉSCIMO<br>22,5% |
|          | <b>TAXAS DE SALA</b>                                                                           |                    |
| 60022965 | TAXA DE SALA DE INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO                                                           | R\$ 24,09          |
| 60023090 | TAXA DE SALA PORTE 0                                                                           | R\$ 170,65         |
| 60023104 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 1<br>COM RPA                                          | R\$ 348,70         |
| 60023112 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 2<br>COM RPA                                          | R\$ 479,48         |
| 60023120 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 3<br>COM RPA                                          | R\$ 621,60         |
| 60023139 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 4<br>COM RPA                                          | R\$ 717,24         |
| 60023147 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 5<br>COM RPA                                          | R\$ 791,95         |
| 60023155 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 6<br>COM RPA                                          | R\$ 910,51         |
| 60023163 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7<br>COM RPA                                          | R\$ 977,11         |
| 60023236 | TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE<br>COLOCAÇÃO/RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO<br>GESSADA OU NÃO GESSADA | R\$ 76,75          |
| 60023279 | TAXA DE SALA USO DE EMERGÊNCIA                                                                 | R\$ 182,62         |
| 60023287 | TAXA DE SALA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA/<br>COLONOSCOPIA / UROLÓGICA/RESPIRATÓRIA*                | R\$ 122,17         |
| 60023325 | TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA                                                                   | R\$ 940,29         |
| 60023376 | TAXA DE SALA PRÉ PARTO                                                                         | R\$ 246,91         |
| 60033665 | TAXA DE SALA OBSERVAÇÃO ATÉ 12 HORAS                                                           | R\$ 106,61         |
| 60033673 | TAXA DE SALA OBSERVAÇÃO ATÉ 2 HORAS                                                            | R\$ 37,16          |
| 60033681 | TAXA DE SALA OBSERVAÇÃO ATÉ 6 HORAS                                                            | R\$ 68,17          |
| 60033720 | TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / PS,<br>ATÉ 6 HORAS                                     | R\$ 97,70          |
| 60033738 | TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / PS,<br>HORA SUBSEQUENTE                                | R\$ 16,95          |
| 60023384 | TX SALA PROC AMBUL                                                                             | R\$ 49,40          |
|          | <b>TAXAS DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS</b>                                                         |                    |
| 60023082 | TAXA PEQUENA CIRURGIA AMBULATORIAL                                                             | R\$ 146,38         |
| 60023384 | TAXA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                                                              | R\$ 51,68          |

|          | <b>TAXAS DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM</b>                           |            |
|----------|------------------------------------------------------------------|------------|
| 60015292 | TAXA APLICAÇÃO INJEÇÃO EV PS/AMB                                 | R\$ 9,05   |
| 60015322 | TAXA APLICAÇÃO INJEÇÃO IM PS/AMB                                 | R\$ 8,46   |
| 60015357 | TAXA APLICAÇÃO INJEÇÃO SC PS/AMB                                 | R\$ 7,79   |
| 60033967 | TAXA UNIDADE CURATIVO QUEIMADOS                                  | R\$ 74,78  |
| 60034009 | TAXA UNIDADE CURATIVO GRANDE                                     | R\$ 56,33  |
| 60034017 | TAXA UNIDADE CURATIVO MÉDIO                                      | R\$ 41,98  |
| 60034025 | TAXA UNIDADE CURATIVO PEQUENO                                    | R\$ 31,20  |
|          | <b>GASES</b>                                                     |            |
| 60028394 | GÁS CARBÔNICO, POR HORA                                          | R\$ 46,69  |
| 60028408 | HÉLIO, POR HORA                                                  | R\$ 79,35  |
| 60028513 | NITROGÊNIO LÍQUIDO, POR HORA                                     | R\$ 33,07  |
| 60028572 | ÓXIDO NITROSO, POR HORA                                          | R\$ 41,72  |
| 60034122 | AR COMPRIMIDO, POR HORA                                          | R\$ 14,22  |
| 60034335 | OXIGÊNIO, POR HORA                                               | R\$ 25,83  |
|          | <b>TAXA DE EQUIPAMENTO</b>                                       |            |
| 60024976 | TAXA DE APARELHO PARA FOTOTERAPIA, POR DIA                       | R\$ 105,14 |
| 60025123 | ALUGUEL / TAXA DE ARCO CIRÚRGICO, POR USO                        | R\$ 287,90 |
| 60025166 | ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR CIRÚRGICO, POR USO                     | R\$ 33,81  |
| 60025298 | TAXA BALÃO INTRA AÓRTICO POR DIA                                 | R\$ 229,75 |
| 60025336 | TAXA DE BERÇO AQUECIDO, POR DIA                                  | R\$ 46,69  |
| 60025662 | BOMBA DE INFUSÃO, POR DIA                                        | R\$ 111,50 |
| 60025689 | BOMBA DE INFUSAO, POR USO SESSÃO                                 | R\$ 71,03  |
| 60025956 | TAXA DE INCUBADORA, POR DIA                                      | R\$ 70,84  |
| 60026154 | TAXA MARCA PASSO PROVISÓRIO / TEMPORÁRIO<br>TRANSCUTÂNEO (DIA)   | R\$ 96,12  |
| 60026227 | ALUGUEL CANETA / MOTOR DE BISTURI ELÉTRICO,<br>POR USO           | R\$ 45,59  |
| 60026278 | ALUGUEL / TAXA DE CARDIOESTIMULADOR<br>TRANSESOFAGICA, POR USO   | R\$ 84,44  |
| 60026421 | ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR<br>(CARDIOVERSÃO), POR USO       | R\$ 59,68  |
| 60026782 | TAXA DE APARELHO / BOMBA DE CIRCULAÇÃO<br>EXTRACORPÓREA, POR DIA | R\$ 176,16 |
| 60026987 | ALUGUEL / TAXA DE GARROTE PNEUMÁTICO, POR<br>USO                 | R\$ 33,76  |
| 60027339 | TAXA MARCA PASSO PROVISÓRIO / TRANSVENOSO<br>TRANSCUTÂNEO (DIA)  | R\$ 87,31  |
| 60027428 | ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO,<br>POR USO              | R\$ 110,60 |
| 60027533 | ALUGUEL/TAXA DE PEFURADOR ELÉTRICO, POR<br>USO                   | R\$ 55,21  |

|                                       |                                                                                                                                                                      |            |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 60027550                              | ALUGUEL/TAXA DE PERFURADOR PNEUMÁTICO, POR USO                                                                                                                       | R\$ 116,10 |
| 60027959                              | ALUGUEL / TAXA DE SERRA DRILL ELÉTRICA, POR USO                                                                                                                      | R\$ 90,89  |
| 60029420                              | TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO FETAL, POR USO/SESSÃO                                                                                                                | R\$ 51,98  |
| 60029501                              | TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO INTRA CRANIANO, POR DIA                                                                                                              | R\$ 159,54 |
| 60029820                              | TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO MULTIPARÂMETRO, POR DIA                                                                                                              | R\$ 230,26 |
| 60030399                              | TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE CAPNÓGRAFO, POR USO/SESSÃO                                                                                                        | R\$ 77,32  |
| 60030712                              | TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE DÉBITO CARDÍACO, POR USO/SESSÃO                                                                                                   | R\$ 160,93 |
| <b>ONCOLOGIA</b>                      |                                                                                                                                                                      |            |
| 60000481                              | TAXA COMPACTA DE SALA DE SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL                                                                                                        | R\$ 124,97 |
| 60023406                              | TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE QUIMIOTERAPIA                                                                                                                         | R\$ 166,01 |
| 60028904                              | TAXA DE SALA DE PULSOTERAPIA                                                                                                                                         | R\$ 261,55 |
| <b>ANESTESIA</b>                      |                                                                                                                                                                      |            |
| 31602274                              | Anestesia para exames de tomografia computadorizada                                                                                                                  | R\$ 478,95 |
| 31602282                              | Anestesia para exames de ressonância magnética                                                                                                                       | R\$ 506,25 |
| <b>LASERTERAPIA</b>                   |                                                                                                                                                                      |            |
| 30202159                              | LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO TRATAMENTO DE MUCOSITE ORAL / OROFARINGE, POR SESSÃO                                                                                  | R\$ 221,40 |
| <b>HONORÁRIOS PROFISSIONAIS</b>       |                                                                                                                                                                      |            |
| <b>CONSULTAS E HONORÁRIOS MÉDICOS</b> |                                                                                                                                                                      |            |
| 10101012                              | Consulta Eletiva                                                                                                                                                     | R\$ 131,39 |
| 10101039                              | Consulta Pronto Socorro                                                                                                                                              | R\$ 102,66 |
| 10101063                              | TELECONSULTA                                                                                                                                                         | R\$ 130,00 |
| <b>PSICOLOGIA</b>                     |                                                                                                                                                                      |            |
| 50000519                              | SESSÃO HOSPITALR PSICÓLOGO                                                                                                                                           | R\$ 41,03  |
| <b>FONOAUDIOLOGIA</b>                 |                                                                                                                                                                      |            |
| 50000632                              | Sessão individual hospitalar de fonoaudiologia                                                                                                                       | R\$ 41,03  |
| <b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>            |                                                                                                                                                                      |            |
| 50000101                              | Sessão individual hospitalar, em terapia ocupacional                                                                                                                 | R\$ 43,52  |
| <b>FISIOTERAPIA</b>                   |                                                                                                                                                                      |            |
| 50000365                              | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA MOTORA - Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo-esquelético | R\$ 36,62  |

|          |                                                                                                                                                                                                                         |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 50000799 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA MOTORA -<br>Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico | R\$ 36,62 |
| 50000802 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA MOTORA -<br>Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente dependente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico                               | R\$ 36,62 |
| 50000810 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA - Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com assistência ventilatória.                       | R\$ 36,62 |
| 50000829 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA - Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem assistência ventilatória                        | R\$ 36,62 |
| 50001000 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA - Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem Assistência Ventilatória Mecânica.              | R\$ 36,62 |
| 50001019 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA - Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com Assistência Ventilatória Mecânica.              | R\$ 36,62 |
| 50001043 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA MOTORA -<br>Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com dependência parcial com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico                  | R\$ 36,62 |
| 50001051 | SESSÃO HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA MOTORA -<br>Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com dependência total com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico                    | R\$ 36,62 |

#### 10.4. PSIQUIATRIA:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                   | REFERENCIAL |
|----------|---------------------------------------------|-------------|
| 60034416 | Diária de enfermaria enfermaria psiquiatria | R\$ 326,00  |

|          |                                              |            |
|----------|----------------------------------------------|------------|
| 60000570 | Diária de apartamento simples de psiquiatria | R\$ 330,67 |
| 60000791 | Hospital dia psiquiatria                     | R\$ 205,00 |

#### 10.5. ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | REFERENCIAL |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|          | <b>TABELAS DE TAXAS E SERVIÇO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |
| 60018607 | Taxa De Permeabilização De Catéter De Longa Permanência (Incluso: A taxa de operacionalização compreende a remuneração pelos serviços de programação, controle, aquisição dos materiais e materiais de baixo custo, quando prestados, de acordo com a estrutura do prestador de serviço Excluindo: Materiais como Agulha huber, introcán, Stat Lock PíCC e Tegarderm) | R\$ 91,12   |
| 60033746 | Taxa De Sala Para Aplicação De Medicação ( A taxa de operacionalização compreende a remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados, de acordo com a estrutura do prestador de serviço)                                             | R\$ 49,90   |
| 60023406 | Taxa Por Uso/Sessão De Sala De Quimioterapia ( A taxa de operacionalização compreende a remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados, de acordo com a estrutura do prestador de serviço)                                         | R\$ 166,01  |
| 60000481 | Taxa de sala de quimioterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 124,97  |
| 60028904 | Taxa de sala de pulsoterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 251,55  |
|          | <b>HONORÁRIOS - QUIMIOTERAPIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |
| 20104260 | TERAP ONC IC/IT - Terapia oncológica com aplicação de medicamentos por via intracavitária ou intratecal - por procedimento                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 216,64  |
| 20104294 | Terapia Oncologica - Planejamento e 1º dia de tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 167,03  |
| 20104308 | Terapia Oncologica - por dia subsequente de tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | R\$ 38,58   |
|          | <b>HONORÁRIOS - IMUNOBIOLOGICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |

|          |                                                                                                                                                  |                     |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 20104391 | Terapia Imunobiológica intravenosa (por sessão) - ambulatorial                                                                                   | R\$ 183,13          |
| 20104421 | Terapia Imunobiológica subcutânea (por sessão) ambulatorial                                                                                      | R\$ 130,00          |
| 20104430 | Terapia Antineoplásica oral                                                                                                                      | R\$ 40,00           |
|          | <b>PACOTES</b>                                                                                                                                   | <b>0</b>            |
| -        | <b>PACOTE DE MIELOGRAMA</b><br><u>INCLUÍDOS:</u> TODOS OS MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXAS E HONORÁRIOS<br><u>EXCLUÍDOS:</u> AGULHAS DE MIELOGRAMA | <b>R\$ 560,28</b>   |
| -        | <b>PACOTE DE BIÓPSIA</b><br><u>INCLUÍDOS:</u> TODOS OS MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXAS, HONORÁRIOS, BIÓPSIA E IMUNOHISTOQUÍMICA                   | <b>R\$ 1.645,71</b> |

#### 10.6. ONCOLOGIA INFANTO JUVENIL:

| PACOTES DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E RESPOSTA TERAPÊUTICA EM ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA INFANTO JUVENIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LLA - Investigação Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |                                                                                                                |
| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | VALOR        | Descritivo Pacote                                                                                              |
| Hemograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 12,55    | <b>Exames</b><br>R\$ 10.908,10<br><b>Materiais e Medicamentos:</b> R\$295,18<br><br><b>TOTAL: R\$11.203,28</b> |
| Mielograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 181,90   |                                                                                                                |
| Imunofenotipagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 781,15   |                                                                                                                |
| Cariótipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 632,50   |                                                                                                                |
| FISH LLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 2.645,00 |                                                                                                                |
| Painel Genético p/ Mutação LLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 6.325,00 |                                                                                                                |
| Liquor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ 330,00   |                                                                                                                |
| O pacote contempla os exames destinados à investigação diagnóstica de Leucemia Linfoide Aguda, incluindo materiais e medicamentos conforme a necessidade no momento da coleta. Caso haja utilização de materiais fora do escopo do pacote, estes serão cobrados de forma aberta, conforme previsto no edital vigente. Da mesma forma, caso algum dos exames não seja realizado, o valor correspondente será descontado do total do pacote. |              |                                                                                                                |
| LLA - Avaliação de Resposta Terapêutica (1º - D19 / 2º - D26 / 3º - D49)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                |
| Hemograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 12,55    | Descritivo Pacote                                                                                              |
| Mielograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 181,90   | <b>Exames</b> R\$ 1.305,60<br><b>Materiais e Medicamentos:</b> R\$295,18                                       |
| Imunofenotipagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 781,15   |                                                                                                                |
| Liquor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ 330,00   |                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | <b>TOTAL: R\$ 1.600,78</b>                 |
| <p>O pacote contempla os exames destinados à Avaliação de Resposta Terapêutica nos ciclos 1º - D19 / 2º - D26 / 3º - D49) incluindo materiais e medicamentos conforme a necessidade no momento da coleta.</p> <p>Caso haja utilização de materiais fora do escopo do pacote, estes serão cobrados de forma aberta, conforme previsto no edital vigente. Da mesma forma, caso algum dos exames não seja realizado, o valor correspondente será descontado do total do pacote.</p> |              |                                            |
| <b>LMA - Investigação Diagnóstica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                                            |
| Hemograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 12,55    | Descritivo Pacote                          |
| Mielograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 181,90   |                                            |
| Imunofenotipagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 781,15   | <b>Exames R\$ 8.263,10</b>                 |
| Cariotipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 632,50   | <b>Materiais e Medicamentos: R\$295,18</b> |
| Painel Genético p/ Mutação LMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 6.325,00 |                                            |
| Liquor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 330,00   | <b>TOTAL: R\$ 8.558,28</b>                 |
| <p>O pacote contempla os exames destinados à Avaliação de Resposta Terapêutica nos ciclos 1º - D19 / 2º - D26 / 3º - D49) incluindo materiais e medicamentos conforme a necessidade no momento da coleta.</p> <p>Caso haja utilização de materiais fora do escopo do pacote, estes serão cobrados de forma aberta, conforme previsto no edital vigente. Da mesma forma, caso algum dos exames não seja realizado, o valor correspondente será descontado do total do pacote.</p> |              |                                            |
| <b>LMA - Avaliação de Resposta Terapêutica (1º / 2º)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                                            |
| Hemograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 12,55    | Descritivo Pacote                          |
| Mielograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 181,90   |                                            |
| Imunofenotipagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 781,15   | <b>Exames R\$ 1305,60</b>                  |
| Liquor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 330,00   | <b>Materiais e Medicamentos: R\$295,18</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | <b>TOTAL: R\$ 1.600,78</b>                 |
| <p>O pacote contempla os exames destinados à Avaliação de Resposta Terapêutica nos ciclos 1º e 2º - D26 / 3º - D49) incluindo materiais e medicamentos conforme a necessidade no momento da coleta.</p> <p>Caso haja utilização de materiais fora do escopo do pacote, estes serão cobrados de forma aberta, conforme previsto no edital vigente. Da mesma forma, caso algum dos exames não seja realizado, o valor correspondente será descontado do total do pacote.</p>       |              |                                            |
| <b>TU SNC - Investigação Diagnóstica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                                            |
| Histologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 92,88    | Descritivo Pacote                          |
| Imunoistoquímica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 835,30   |                                            |
| Painel de mutações somáticas p/ TU SNC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 3.004,38 | <b>TOTAL: R\$ 3.932,56</b>                 |
| <p>O pacote contempla os exames destinados à Investigação Diagnóstica TU SNC.</p> <p>Caso haja utilização de materiais fora do escopo do pacote, estes serão cobrados de forma aberta, conforme previsto no edital vigente. Da mesma forma, caso algum dos exames não seja realizado, o valor correspondente será descontado do total do pacote.</p>                                                                                                                             |              |                                            |

| TU RENAL - Investigação Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------|
| Histologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 92,88    | Descritivo Pacote          |
| Imunoistoquímica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 835,30   |                            |
| Painel de mutações somáticas p/ TU Renal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 3.004,38 | <b>TOTAL: R\$ 3.932,56</b> |
| O pacote contempla os exames destinados à Investigação Diagnóstica TU RENAL. Caso haja utilização de materiais fora do escopo do pacote, estes serão cobrados de forma aberta, conforme previsto no edital vigente. Da mesma forma, caso algum dos exames não seja realizado, o valor correspondente será descontado do total do pacote.                                                                    |              |                            |
| TU PARTES MOLES - RABDOMIOSSARCOMA / EWING / OUTROS TUMORES DE PARTES MOLES - Investigação Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                            |
| Histologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 92,88    | Descritivo Pacote          |
| Imunoistoquímica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 835,30   |                            |
| Painel de mutações somáticas p/ Sarcoma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ 3.004,38 | <b>TOTAL: R\$ 3.932,56</b> |
| O pacote contempla os exames destinados à Investigação Diagnóstica TU PARTES MOLES - RABDOMIOSSARCOMA / EWING / OUTROS TUMORES DE PARTES MOLES. Caso haja utilização de materiais fora do escopo do pacote, estes serão cobrados de forma aberta, conforme previsto no edital vigente. Da mesma forma, caso algum dos exames não seja realizado, o valor correspondente será descontado do total do pacote. |              |                            |

#### 10.7. RADIOTERAPIA:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                                                                                                       | REFERENCIAL   |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 41203062 | MAMA - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                   | R\$ 12.960,95 |
| 41203070 | MAMA - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                        | R\$ 11.701,96 |
| 41203062 | PRÓSTATA - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                               | R\$ 13.754,80 |
| 41203062 | CABEÇA E PESCOÇO - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                       | R\$ 12.548,61 |
| 41203070 | CABEÇA E PESCOÇO - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo            | R\$ 11.942,24 |
| 41203062 | TUMORES TORÁDICOS (PULMÃO, MEDIASTINO) - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento | R\$ 11.859,44 |

|          |                                                                                                                                                             |               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 41203070 | TUMORES TORÁCICOS (PULMÃO, MEDIASTINO) - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                  | R\$ 10.938,38 |
| 41203062 | ESÔFAGO - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                                            | R\$ 11.000,00 |
| 41203070 | ESÔFAGO - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                                                 | R\$ 10.180,01 |
| 41203062 | TUMORES ABDOMINAIS (ESTÔMAGO, PÂNCREAS E VIAS BILIARES) - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento            | R\$ 10.586,94 |
| 41203070 | TUMORES ABDOMINAIS (ESTÔMAGO, PÂNCREAS E VIAS BILIARES) - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo | R\$ 9.676,81  |
| 41203062 | TUMORES PÉLVICOS (CANAL ANAL, ENDOMÉTRIO, VULVA, VAGINA) - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento           | R\$ 11.484,96 |
| 41203062 | TUMORES PÉLVICOS (COLO DO ÚTERO) - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                   | R\$ 11.399,84 |
| 41203062 | TUMORES PÉLVICOS (RETO) - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                            | R\$ 11.546,43 |
| 41203062 | TUMORES PÉLVICOS (BEXIGA) - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                          | R\$ 11.465,13 |
| 41203070 | TUMORES PÉLVICOS - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                                        | R\$ 8.702,42  |
| 41203062 | SARCOMA DE PARTES MOLES + TUMORES ÓSSEOS - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                           | R\$ 10.805,23 |
| 41203070 | SARCOMA DE PARTES MOLES + TUMORES ÓSSEOS - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                | R\$ 6.659,52  |

|          |                                                                                                                                        |               |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 41203062 | LINFOMA - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                       | R\$ 9.598,78  |
| 41203070 | LINFOMA - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                            | R\$ 4.727,15  |
| 41203062 | TESTÍCULO - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                     | R\$ 11.000,00 |
| 41203070 | TESTÍCULO - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                          | R\$ 10.090,69 |
| 41203062 | MELANOMA - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                      | R\$ 10.390,24 |
| 41203070 | MELANOMA - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                           | R\$ 10.983,03 |
| 41203062 | PELE_NÃO MELANOMA POR SETOR - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                   | R\$ 10.991,14 |
| 41203070 | PELE_NÃO MELANOMA POR SETOR - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo        | R\$ 9.901,75  |
| 41203062 | TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento            | R\$ 11.290,68 |
| 41203070 | TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo | R\$ 10.453,10 |
| 41203062 | NEURO EIXO - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                                    | R\$ 11.886,44 |
| 41203070 | NEURO EIXO - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                         | R\$ 13.770,24 |
| 41203062 | NEURO EIXO-BOOST- Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                               | R\$ 13.153,95 |
| 41203070 | NEURO EIXO-BOOST - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo                   | R\$ 9.417,78  |

|          |                                                                                                                                    |               |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 41203062 | METÁSTASE OU PROFILAXIA NO SNC - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento            | R\$ 8.669,83  |
| 41203070 | METÁSTASE OU PROFILAXIA NO SNC - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo | R\$ 3.977,99  |
| 41203062 | PROFILAXIA NO SNC DE LEUCEMIA - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento             | R\$ 8.485,16  |
| 41203070 | PROFILAXIA NO SNC DE LEUCEMIA - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo  | R\$ 2.838,95  |
| 41203062 | METÁSTASE ÓSSEA POR REGIÃO - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento                | R\$ 8.444,71  |
| 41203070 | METÁSTASE ÓSSEA POR REGIÃO - Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo     | R\$ 6.500,25  |
| 41203062 | TODAS AS SITUAÇÕES - IMRT                                                                                                          | R\$ 18.505,00 |
| 41203054 | Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) - por tratamento (qualquer área)                                         | R\$ 17.000,00 |
| 41203135 | Radioterapia Estereotaxica 1º dia - SBRT                                                                                           | R\$ 10.915,00 |
| 41203143 | Radioterapia Estereotaxica com acelerador linear- por dia subsequente - SBRT                                                       | R\$ 1.020,00  |
| 41203143 | Radioterapia Estereotaxica com acelerador linear- por tratamento - SBRT                                                            | R\$ 17.000,00 |
| 41203020 | Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento                                                      | R\$ 15.400,00 |
| 41203038 | Radiocirurgia Nível II (duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento)                                                | R\$ 16.100,00 |
| 41203046 | Radiocirurgia Nível III (três lesões e/ou mais de quatro isocentros - por tratamento)                                              | R\$ 18.400,00 |
| 41203042 | Radioterapia Conformacional                                                                                                        | R\$ 12.400,00 |
|          | Valor único para qualquer abordagem terapêutica                                                                                    | R\$ 14.000,00 |

#### 10.8. MEDICINA NUCLEAR:

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | REFERENCIAL |
|--------|-----------|-------------|
|        | EXAMES    |             |

|          |                                                                      |              |
|----------|----------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40701034 | Cintilografia do miocárdio com duplo isótopo (perusão + viabilidade) | R\$ 2.078,19 |
| 40701050 | CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO NECROSE                                   | R\$ 607,63   |
| 40701069 | Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso                        | R\$ 690,33   |
| 40701085 | Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas - repouso           | R\$ 639,65   |
| 40701093 | FLUXO SANGUINEO DAS EXTREMIDADES                                     | R\$ 386,01   |
| 40701107 | QUANTIFICACAO DE SHUNT DIREITA E ESQUERDA                            | R\$ 402,59   |
| 40701115 | QUANTIFICACAO DE SHUNT PERIFERICO                                    | R\$ 449,98   |
| 40701131 | Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico         | R\$ 1.279,21 |
| 40701140 | Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico                | R\$ 739,25   |
| 40702014 | Cintilografia das glândulas salivares com ou sem estímulo            | R\$ 270,11   |
| 40702022 | Cintilografia do fígado e do baço                                    | R\$ 333,57   |
| 40702030 | Cintilografia do fígado e vias biliares                              | R\$ 488,50   |
| 40702049 | Cintilografia para detecção de hemorragia digestória ativa           | R\$ 461,49   |
| 40702057 | Cintilografia para detecção de hemorragia digestória não ativa       | R\$ 668,42   |
| 40702065 | Cintilografia para determinação do tempo de esvaziamento gástrico    | R\$ 416,02   |
| 40702073 | Cintilografia para estudo de trânsito esofágico (líquidos)           | R\$ 378,49   |
| 40702081 | Cintilografia para estudo de trânsito esofágico (semi-sólidos)       | R\$ 378,49   |
| 40702090 | Cintilografia para pesquisa de divertículo de Meckel                 | R\$ 261,41   |
| 40702103 | Cintilografia para pesquisa de refluxo gastro-esofágico              | R\$ 378,49   |
| 40702111 | FLUXO SANGUINEO HEPATICO QUALITATIVO E Q                             | R\$ 909,72   |
| 40703029 | Cintilografia da tireóide e/ou captação (iodo - 131)                 | R\$ 226,92   |
| 40703037 | Cintilografia da tireóide e/ou captação (tecnécio - 99m TC)          | R\$ 236,59   |
| 40703045 | Cintilografia das paratireóides                                      | R\$ 878,64   |
| 40703053 | Cintilografia de corpo inteiro para pesquisa de metástases (PCI)     | R\$ 847,79   |
| 40704017 | Cintilografia renal dinâmica                                         | R\$ 443,05   |
| 40704025 | Cintilografia renal dinâmica com diurético                           | R\$ 480,01   |
| 40704033 | Cintilografia renal estática (quantitativa ou qualitativa)           | R\$ 324,00   |

|          |                                                                                  |              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40704041 | CINTILOGRAFIA TESTICULAR ESCROTAL                                                | R\$ 347,53   |
| 40704050 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                                        | R\$ 511,53   |
| 40704068 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                                      | R\$ 412,72   |
| 40706010 | Cintilografia óssea (corpo total)                                                | R\$ 513,60   |
| 40706028 | Fluxo sanguíneo ósseo                                                            | R\$ 422,58   |
| 40707016 | CINTILOGRAFIA CEREBRAL                                                           | R\$ 440,50   |
| 40707032 | Cintilografia de perfusão cerebral                                               | R\$ 2.021,76 |
| 40707091 | Cintilografia Cerebral com 99mTc-TRODAT                                          | R\$ 5.278,27 |
| 40708012 | Cintilografia com análogo de somatostatina - Nacional                            | R\$ 5.200,00 |
| 40708020 | Cintilografia com gálio-67                                                       | R\$ 1.433,82 |
| 40708047 | Cintilografia com MIBG (metaiodobenzilguanidina)                                 | R\$ 1.187,83 |
| 40708071 | Demarcação radioisotópica de lesões tumorais                                     | R\$ 2.600,00 |
| 40708080 | Detecção intraoperatória radioguiada de lesões tumorais                          | R\$ 1.980,00 |
| 40708098 | Detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela                      | R\$ 1.350,00 |
| 40708101 | Linfocintilografia                                                               | R\$ 378,66   |
| 40708110 | Quantificação da captação pulmonar com gálio-67                                  | R\$ 1.185,29 |
| 40708128 | PET-SCAN (PET/CT) Oncológico com <sup>18</sup> F-FDG                             | R\$ 3.371,43 |
|          | PET-SCAN (PET/CT) com PSMA (inclui CT)                                           | R\$ 4.766,94 |
| 40708128 | PET-SCAN (PET/CT) Oncológico com Análogo de Somatostatina – <sup>18</sup> F-Nota | R\$ 4.945,37 |
|          | PET-SCAN (PET/CT) Oncológico com <sup>18</sup> F-FES - Fluoroestradiol           | R\$ 5.500,00 |
| 40708136 | PET-SCAN (PET/CT) Neurológico com <sup>18</sup> F-FDG                            | R\$ 2.721,44 |
|          | PET-SCAN (PET/CT) Neurológico com <sup>18</sup> F-Florbetabeno (Beta Amiloide)   | R\$ 8.000,00 |
| 40709019 | Cintilografia para detecção de aspiração pulmonar                                | R\$ 406,60   |
| 40709027 | Cintilografia pulmonar (inalação)                                                | R\$ 723,76   |
| 40709035 | Cintilografia pulmonar (perfusão)                                                | R\$ 547,50   |
| 40711013 | Dacriocintilografia                                                              | R\$ 242,17   |
|          | TERAPIAS / TRATAMENTOS                                                           |              |
| 40710017 | Sessão Médica para Planejamento Técnico de Radioisotopoterapia                   | R\$ 300,00   |
| 40710041 | Tratamento para câncer da tireóide com <sup>131</sup> I                          | R\$ 4.700,00 |
| 40710050 | Tratamento de hipertireoidismo (Doença de Graves) com <sup>131</sup> I           | R\$ 792,98   |
| 40710068 | Tratamento de hipertireoidismo (Doença de Plummer) com <sup>131</sup> I          | R\$ 897,98   |
|          | Isolamento em Quarto Terapêutico (01 diária, visita médica, despesas enfermagem) | R\$ 700,00   |

|          |                                                                                                       |                |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 40710084 | TRATAMENTO DE METASTASES OSSEA SAMARIO 153                                                            | R\$ 3.174,54   |
| 40710092 | Tratamento de Tumores Neuroendócrinos com <sup>177</sup> Lu Dotatate por dose                         | R\$ 19.260,00  |
| 40710106 | Controle após Terapia com <sup>177</sup> Lutécio                                                      | R\$ 1.070,00   |
| 40710114 | Tratamento de metástases ósseas com isótopos alfa emissor - planejamento e 1º dia de tratamento       | R\$ 26.445,00  |
|          | Terapia com <sup>177</sup> Lu PSMA por dose                                                           | R\$ 57.100,00  |
|          | Terapia com <sup>177</sup> Lu PSMA PLUVICTO por dose                                                  | R\$ 170.000,00 |
|          | <i>Incluso: Honorário médico, materiais, medicamentos pertinentes ao procedimento e radiofármaco.</i> |                |

#### 10.9. HEMOTERAPIA:

#### 10.10. PROCEDIMENTOS GERENCIADOS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                                                                                                                         | REFERENCIAL  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 30909031 | Hemodiálise ambulatorial crônica (por sessão com reuso)                                                                                           | R\$ 555,94   |
| 30909031 | Hemodiálise ambulatorial crônica (por sessão - uso único paciente Soropositivo)                                                                   | R\$ 719,55   |
| 30909139 | Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) - até 4 horas ou fração | R\$ 936,00   |
| 30909139 | Hemodiálise casos agudos de curta permanência (intra-hospitalar) – 4 horas                                                                        | R\$ 943,41   |
| 30909139 | Plasmáfereze                                                                                                                                      | R\$ 4.300,25 |
| 30909147 | Hemodiálise de casos agudos de longa permanência- sleed intra hospitalar (sessão 12 horas)                                                        | R\$ 1.152,00 |
| 30909147 | Hemodiafiltração (sistema Prisma - 24 horas)                                                                                                      | R\$ 5.840,12 |
| 30909155 | HEMODIAFILTRAÇÃO (HDF) – USO ÚNICO                                                                                                                | R\$ 1.606,18 |
| 30913012 | Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas                                        | R\$ 842,33   |
| 31008020 | Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) 9 dias - treinamento                                                                              | R\$ 1.347,25 |
| 31008038 | Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) por mês/paciente                                                                                  | R\$ 6.064,74 |
| 31008046 | Diálise peritoneal automática (APD) - tratamento (agudo ou crônico)                                                                               | R\$ 936,00   |
| 31008119 | Diálise peritoneal automática por mês - DPA                                                                                                       | R\$ 7.509,94 |

**10.11. CARDIOLOGIA:**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                     | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 20101201      | Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca-passo ou sincronizador ou desfibrilador | R\$ 209,94         |
| 20102020      | Hoter de 24 horas - 3 ou mais canais - digital                                                       | R\$ 200,99         |
| 20102038      | Monitorização ambulatorial da pressão arterail - MAPA (24 horas)                                     | R\$ 158,87         |
| 20102062      | Looper 7 dias                                                                                        | R\$ 575,41         |
| 20102062      | Looper 15 dias                                                                                       | R\$ 784,65         |
| 20102070      | Tilt Teste                                                                                           | R\$ 627,72         |
| 40101010      | ECG convencional de até 12 derivações                                                                | R\$ 32,82          |
| 40101029      | ECG de alta resolução                                                                                | R\$ 46,54          |
| 40901084      | Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em corres - por feto                             | R\$ 278,90         |
| 40901106      | Ecodopplercardiograma transtorácico                                                                  | R\$ 296,51         |
| 40901360      | Doppler colorido de carótidas e vertebrais                                                           | R\$ 298,00         |
| 40901432      | Doppler colorido de veia cava superior ou inferior                                                   | R\$ 223,34         |
| 40901718      | Ecodopplercardiograma para ajuste de marca-passo                                                     | R\$ 674,28         |
| 40101037      | Teste Ergométrico                                                                                    | R\$ 145,00         |
| 41401514      | Oximetria não ivasiva                                                                                | R\$ 15,00          |

**10.12. GASTROENTEROLOGIA:**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                       | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 40102025      | Manometria anorretal                                                   | R\$ 434,13         |
| 40102033      | Manometria computadorizada anorretal para biofeedback - 1ª sessão      | R\$ 418,48         |
| 40102041      | Manometria computadorizada anorretal para biofeedback - demais sessões | R\$ 397,56         |
| 40102050      | Manometria esofágica computadorizada com teste provocativo             | R\$ 397,56         |
| 40102068      | Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo             | R\$ 397,56         |
| 40102076      | Manometria esofágica para localização dos esfínteres pré-pH-metria     | R\$ 434,13         |
| 40102084      | pH-metria esofágica computadorizada com um canal                       | R\$ 502,18         |
| 40102092      | pH-metria esofágica computadorizada com dois canais                    | R\$ 628,61         |
| 40102106      | pH-metria esofágica computadorizada com três canais                    | R\$ 502,18         |
| 40201082      | Colonoscopia sem biópsia                                               | R\$ 507,60         |
| 40201120      | Endoscopia digestiva alta sem Biopsia                                  | R\$ 390,00         |
| 40201252      | Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio flexível                    | R\$ 502,18         |
| 40201333      | Endoscopia digestiva alta com cromoscopia                              | R\$ 420,00         |

|                                  |                                                                          |              |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40202135                         | Colonoscopia com magnificação e tatuagem                                 | R\$ 1.200,00 |
| 40202666                         | Colonoscopia com biópsia                                                 | R\$ 668,95   |
| 40202038                         | Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia                     | R\$ 503,11   |
| 40201104                         | Ecoendoscopia Alta                                                       | R\$ 3.000,00 |
| 40201112                         | Ecoendoscopia Baixa                                                      | R\$ 3.000,00 |
| 40202240                         | Ecoendoscopia com punção por agulha                                      | R\$ 5.100,00 |
| 40201341                         | Enteroscopia do intestino delgado com cápsula endoscópica                | R\$ 5.200,00 |
| <b>PACOTES COM SEDAÇÃO</b>       |                                                                          |              |
| 40202038<br>40202470             | Endoscopia com mucosectomia                                              | R\$ 1.442,43 |
| 40202038<br>40202550             | Endoscopia com polipectomia gástrica                                     | R\$ 812,50   |
| 40202666<br>40202542             | Colonoscopia com polipectomia                                            | R\$ 1.315,08 |
| 40202712                         | Colonoscopia com mucosectomia                                            | R\$ 1.987,06 |
| 40201082<br>40202542<br>40202470 | Pacote Colonoscopia + MUCOSECTOMIA + Polipectomia e outros procedimentos | R\$ 2.101,00 |
| 40202674                         | Pacote Colonoscopia + Dilatação                                          | R\$ 1.900,00 |
| 40201120<br>40201082             | Pacote Endoscopia + Colonoscopia                                         | R\$ 1.400,00 |
| 40201120<br>40202186             | Pacote Endoscopia + Dilatação                                            | R\$ 1.600,00 |
| 40201120<br>40202453             | Pacote Endoscopia + Ligadura elastica de varizes                         | R\$ 2.500,00 |

### 10.13. NEUROLOGIA:

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                            | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 20103140      | Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica (de pontos motores) - por membro ou segmento corporal | R\$ 245,88         |
| 20103301      | Infiltração De Ponto Gatilho (Por Músculo) Ou Agulhamento Seco (Por Músculo)                                | R\$ 280,00         |
| 31403026      | Bloqueio De Nervo Periférico                                                                                | R\$ 280,00         |
| 40103129      | ENMG de pelve ou avaliação neurofisiológica da função sexual                                                | R\$ 449,95         |
| 40103170      | Eletoencefalograma de rotina                                                                                | R\$ 114,73         |
| 40103196      | Eletoencefalograma quantitativo (mapeamento cerebral)                                                       | R\$ 273,86         |
| 40103200      | Eletoencefalograma especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado (até 2 horas)              | R\$ 568,68         |
| 20102135      | Holter cerebral 12 horas                                                                                    | R\$ 900,00         |
| 40103234      | Eletoencefalograma em sono e vigília,                                                                       | R\$ 149,75         |

|                |                                                                                                                        |              |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40103234       | Eletrencefalograma com sono induzido                                                                                   | R\$ 209,24   |
| 40103307       | Eletroneuromiografia (velocidade de condução) testes de estímulos para paralisia facial                                | R\$ 295,00   |
| 40103315       | Eletroneuromiografia de MMII                                                                                           | R\$ 360,00   |
| 40103323       | Eletroneuromiografia de MMSS                                                                                           | R\$ 360,00   |
| 40103331       | Eletroneuromiografia MMII e MMSS                                                                                       | R\$ 583,82   |
| 40103340       | Eletroneuromiografia de segmento complementar                                                                          | R\$ 333,33   |
| 40103358       | Eletroneuromiografia De Segmento Especial                                                                              | R\$ 468,60   |
| 40103374       | EMG com registro de movimento involuntário (teste dinâmico de escrita; estudo funcional de tremores)                   | R\$ 110,54   |
| 40103390       | ENMG quantitativa ou EMG de fibra única                                                                                | R\$ 525,65   |
| 40103498       | Potencial Evocado Auditivo De Tronco Cerebral (Pea-Tc)                                                                 | R\$ 466,50   |
| 40103579       | Potencial evocado auditivo de média latência bilateral                                                                 | R\$ 239,21   |
| 40103617       | Potencial evocado somato-sensitivo (PESS) de MMII                                                                      | R\$ 239,21   |
| 40103625       | Potencial evocado somato-sensitivo (PESS) de MMSS                                                                      | R\$ 239,21   |
| 40103633       | Potencial evocado visual                                                                                               | R\$ 227,52   |
| 40103684       | Reflexo cutâneo-simpático                                                                                              | R\$ 90,96    |
| 40103714       | Teste de estimulação repetitiva (um ou mais músculos)                                                                  | R\$ 111,18   |
| <b>PACOTES</b> |                                                                                                                        |              |
| 40103757       | PACOTE: Vídeo-eletrencefalografia contínua não invasiva - 12 horas (domiciliar, ambulatorial / material incluso)       | R\$ 1.778,54 |
| PACOTE         | EEG Com Sedação oral (inclui materiais e medicamentos)                                                                 | R\$ 850,00   |
| 10309100       | LCR ambulatorial (taxa de sala, materiais, medicamentos, sedação se necessário e honorários médicos) – SOMENTE COLETA. | R\$ 600,00   |

#### 10.14. OFTALMOLOGIA:

| <b>CÓDIGO</b>               | <b>OFTALMOLOGIA</b>                | <b>REFERENCIA<br/>L</b> |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <b>EXAMES E TRATAMENTOS</b> |                                    |                         |
| 20104324                    | Curativo                           | R\$ 60,85               |
| 30301017                    | DrenagemAbscessoPalpebra           | R\$ 64,00               |
| 30301130                    | Epilação de cílios                 | R\$ 50,00               |
| 30304032                    | Retirada de Corpo Esbanho          | R\$ 100,00              |
| 30306019                    | Capsulotomia yag laser - monocular | R\$ 561,78              |
| 30310067                    | Fototrabelculoplastia (laser)      | R\$ 1.120,00            |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 30310075         | Gonioscopia - monocular                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 30,87    |
| 30310083         | Iredetomia laser - monocular                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 680,00   |
| 30312043         | Fotocoagulação laser – sessão - monocular                                                                                                                                                                                                            | R\$ 592,68   |
| 40901530         | Ultrassonografia diagnóstica monocular                                                                                                                                                                                                               | R\$ 145,49   |
| 41301013         | Angiofluoresceinografia                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 200,62   |
| 41301030         | Avaliação de Órbita                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 67,75    |
| 41301080         | Ceratoscopia - monocular                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 97,23    |
| 41301129         | Curva Tensional - binocular                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 80,27    |
| 41301153         | Estéreo-Foto de Papila                                                                                                                                                                                                                               | R\$ 135,10   |
| 41301170         | Avaliação de Vias Lacrimais                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 45,00    |
| 41301200         | Exame de Motilidade                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 30,00    |
| 41301242         | Gonioscopia - binocular                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 40,44    |
| 41301250         | Mapeamento de retina - monocular                                                                                                                                                                                                                     | R\$ 108,09   |
| 41301269         | Microscopia Especular de córnea – monocular                                                                                                                                                                                                          | R\$ 133,14   |
| 41301307         | Potencial de Acuidade Visual (PAM) - monocular                                                                                                                                                                                                       | R\$ 40,00    |
| 41301315         | Retinografia - monocular                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 97,66    |
| 41301323         | Tonometria - monocular                                                                                                                                                                                                                               | R\$ 28,95    |
| 41301366         | Visão Subnormal                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 150,18   |
| 41301420         | Biomicroscopia                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 28,00    |
| 41401271         | Teste de Sensibilidade de Contraste ou de Cores                                                                                                                                                                                                      | R\$ 22,00    |
| 41501012         | Biometria ultra sônica - monocular                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 118,86   |
| 41501128         | Paquimetria de Córnea                                                                                                                                                                                                                                | R\$ 160,00   |
| 41501144         | Tomografia de Coerência Óptica - OCT                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 300,00   |
| 41501158         | Paquimetria USônica - monocular                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 58,06    |
| <b>CIRURGIAS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| 30301041         | Calázio monocular                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 672,51   |
| 30301084         | Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio                                                                                                                                                                                                           | R\$ 8.960,00 |
| 30301181         | Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral                                                                                                                                                                                                    | R\$ 8.960,00 |
| 30301190         | Ressecção de tumores palpebrais INCLUI: Honorário Médicos, Materiais e Medicamentos, Taxa de Sala                                                                                                                                                    | R\$ 949,20   |
| 30301262         | Triquíase com ou sem enxerto                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 8.960,00 |
| 30303010         | Autotransplante (pacote com cola biológica)                                                                                                                                                                                                          | R\$ 3.500,00 |
| 30303060         | Exerese Pterígio - monocular                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 1.975,00 |
| 30304083         | Implante de Anel Intra Estromal (pacote por olho)                                                                                                                                                                                                    | R\$ 3.974,25 |
| 30304156         | Cross-linking (CXL) de colágeno corneano INCLUI: Honorários médicos, Materiais (aparelho de crosslinking), Medicamentos (inclusive riboflavina), Taxa de sala OBSERVAÇÃO a) indicado quando há progressão topográfica documentada de 0.75 em 6 meses | R\$ 3.104,57 |
| 30306027         | Facetomia com lente intra-ocular com facoemulsificação INCLUI: Honorários médicos: cirurgião + auxiliar + anestesista, Materiais e medicamentos, Lente intra-ocular esférica (sensar ar40e), Taxa de sala                                            | R\$ 4.550,00 |

|          |                                                                                                                                                                                                               |               |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 30307139 | Infusão intravítrea de medicação anti-inflamatória                                                                                                                                                            |               |
| 30307147 | Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico. Programa de 24 meses. Uma sessão por mês (por sessão). INCLUI: Honorários médicos, Materiais e medicamentos (aflibercept ou ranibizumabe), Taxa de sala | R\$ 3.446,03  |
| 30310032 | CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS                                                                                                                                                                     | R\$ 6.311,00  |
| 30310040 | CIRURGIAS FISTULIZANTES COM IMPLANTES VALVULARES (não inclui a válvula)                                                                                                                                       | R\$ 5.500,00  |
| 30311039 | Estrabismo (Estrabismo ciclo vertical/transposição - monocular - tratamento cirúrgico)                                                                                                                        | R\$ 8.020,00  |
| 30311047 | Estrabismo (Estrabismo horizontal - monocular - tratamento cirúrgico)                                                                                                                                         | R\$ 8.020,00  |
| 30312132 | Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada INCLUI: Honorários médicos, Materiais e medicamentos, Taxa de sala, Ozurdex                                                            | R\$ 5.863,00  |
| 30313031 | Dacriocistorrinostomia com ou sem intubação - unilateral                                                                                                                                                      | R\$ 11.680,00 |
| 30313058 | Reconstituição de vias lacrimais com silicone ou outro material                                                                                                                                               | R\$ 11.680,00 |
| 30307104 | Vitrectomia a céu aberto - monocular                                                                                                                                                                          | R\$ 1.051,73  |
| 30307112 | Vitrectomia anterior                                                                                                                                                                                          | R\$ 8.900,00  |
| 30307120 | VITRECTOMIA POSTERIOR (VIA PARS PLANA)                                                                                                                                                                        | R\$ 16.900,00 |

#### 10.14.1. **PACOTE**

##### **E**

O PACOTE DE VITRECTOMIA POSTERIOR É CONSTITUÍDO PELOS SEGUINTE CÓDIGOS:

|          |                                      |
|----------|--------------------------------------|
| 30307031 | ENDOLASER/ENDODIATERMIA              |
| 30307040 | IMPLANTE DE SILICONE INTRAVITREO     |
| 30307058 | INFUSAO DE PERFLUO CARBONO           |
| 30307066 | MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA  |
| 30307090 | TROCA FLUIDO GASOSA                  |
| 30309026 | INJECAO RETROBULBAR                  |
| 30312086 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXAO ESCLERAL |
| 30312094 | RETINOPEXIA PNEUMATICA               |
| 30312108 | RETINOPEXIA PROFILATICA (CRIOPEXIA)  |

10.14.2. Pacotes gerenciados em oftalmologia (exames, tratamentos, cirurgias) incluem: honorários médicos, instrumentador, materiais, medicamentos, taxas de sala e anestesiista (quando necessário) e retornos necessários no pós operatórios até 10 dias após a cirurgia.

#### 10.15. **OTORRINOLARINGOLOGIA:**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | REFERENCIAL |
|--------|-----------|-------------|
|--------|-----------|-------------|

|          |                                                                                       |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 20104065 | Remoção de Cerumen unilateral                                                         | R\$ 43,33  |
| 30203015 | Frenotomia Lingual                                                                    | R\$ 81,96  |
| 30205018 | Drenagem de abscesso faríngeo/periamigdaliano                                         | R\$ 81,96  |
| 30205093 | Corpo estranho de faringe - retirada em consultório                                   | R\$ 226,67 |
| 30402018 | Aspiração de secreção auricular                                                       | R\$ 40,33  |
| 30402042 | Corpo estranho ou polipos - retirada em consultório                                   | R\$ 226,67 |
| 30402042 | Retirada de corpo de estranho                                                         | R\$ 40,49  |
| 30501059 | Biópsia de nariz                                                                      | R\$ 52,64  |
| 30501075 | Corneto inferior - infiltração medicamentosa (unilateral)                             | R\$ 17,26  |
| 30501091 | Corpos estranhos de Nariz                                                             | R\$ 81,96  |
| 30501113 | Epistaxe Cauterização                                                                 | R\$ 92,77  |
| 30501164 | Epistaxe - tamponamento anterior                                                      | R\$ 61,47  |
| 40103064 | Audiometria de tronco cerebral (PEA) BERA                                             | R\$ 318,62 |
| 40103072 | Audiometria tonal limiar com testes de discriminação                                  | R\$ 56,89  |
| 40103080 | Audiometria tonal limiar infantil condicionada – Peep show                            | R\$ 113,07 |
| 40103099 | Audiometria vocal – pesquisa de limiar de discriminação                               | R\$ 32,69  |
| 40103102 | Audiometria vocal –pesquisa de limiar de inteligibilidade                             | R\$ 32,95  |
| 40103110 | Audiometria vocal com mensagem competitiva (SSI, SSW)                                 | R\$ 146,74 |
| 40103269 | Eletrococleografia(Ecohg)                                                             | R\$ 255,00 |
| 40103439 | Impedanciometria                                                                      | R\$ 73,93  |
| 40103455 | Otoemissões acústicas produto de distorsão                                            | R\$ 86,86  |
| 40103463 | Otoemissões evocadas transientes                                                      | R\$ 86,86  |
| 40103480 | Pesquisa de pares cranianos relacionados com o VIII Par                               | R\$ 60,16  |
| 40103641 | Provas de função tubária                                                              | R\$ 21,02  |
| 40103650 | Registro do nistagmo pendular                                                         | R\$ 83,28  |
| 40103749 | Vectoeletronistagmografia computadorizada                                             | R\$ 173,60 |
| 40103897 | Processamento auditivo central (acima de 07 anos)                                     | R\$ 200,00 |
| 40201198 | Vídeo-endoscopia do esfíncter velo-palatino com ótica (nasofibrolaringoscopia)        | R\$ 223,90 |
| 40201201 | Vídeo-endoscopia do esfíncter velo-palatino com ótica rígida (nasofibrolaringoscopia) | R\$ 223,90 |
| 40201210 | Videonasofibroscopia                                                                  | R\$ 150,20 |
| 40201228 | Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica rígida                                        | R\$ 120,00 |
| 40201236 | Video laringo estroboscopia flexível                                                  | R\$ 246,67 |
| 40201244 | Video laringo estroboscopia rígida                                                    | R\$ 224,98 |
| 40201252 | Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio flexível (ou videoendoscopia nasossinusal) | R\$ 272,32 |
| 40201260 | Vídeo faringo- laringoscopia Rígido                                                   | R\$ 183,62 |
| 40202429 | Laringoscopia                                                                         | R\$ 208,44 |
| 40202488 | Nasofibroscopia                                                                       | R\$ 107,35 |
| 41401492 | Testes vestibulares com VECTO                                                         | R\$ 135,56 |

#### 10.16. PNEUMOLOGIA:

| CÓDIGO                                                   | DESCRIÇÃO                                                 | REFERENCIAL |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|
| 41401514                                                 | Oximetria não invasiva                                    | R\$ 15,00   |
| 40105075                                                 | Prova de função pulmonar completa **                      | R\$ 184,50  |
| 41401107                                                 | Teste de broncoprovocação **                              | R\$ 80,74   |
| 40105040                                                 | Medida de difusão de monóxido de carbono **               | R\$ 165,00  |
| 40105024                                                 | Determinação de volumes pulmonares **                     | R\$ 332,00  |
| 40105016                                                 | Determinação das pressões respiratórias máximas **        | R\$ 165,00  |
| 20104235                                                 | Terapia inalatória – por nebulização **                   | R\$ 7,00    |
| 40105032                                                 | Determinação dos volumes pulmonares por Pletismografia ** | R\$ 332,00  |
| 40105091                                                 | Resistência das vias aéreas por pletismografia **         | R\$ 165,00  |
| <b>PACOTES:</b>                                          |                                                           |             |
| 40105075<br>40105040<br>40105032<br>40105016<br>40105091 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR AVANÇADA                         | R\$ 810,00  |
| 40105075<br>40105075<br>41401107                         | TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO                                 | R\$ 485,00  |

#### 10.17. CLÍNICAS DO SONO:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                            | REFERENCIAL |
|----------|--------------------------------------|-------------|
| 40103528 | Polissonografia Basal                | R\$ 600,00  |
| 40103544 | Polissonografia com CPAP             | R\$ 634,34  |
| 40103730 | Teste de Múltiplas Latências do Sono | R\$ 660,00  |

#### 10.18. UROLOGIA:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO            | REFERENCIAL |
|----------|----------------------|-------------|
| 41301340 | Urodinâmica completa | R\$ 472,88  |
| 41301358 | Urofluxometria       | R\$ 94,16   |

#### 10.19. ATENÇÃO DOMICILIAR:

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO                        |                   | REFERENCIAL |
|--------|----------------------------------|-------------------|-------------|
|        | SESSÃO VISITA DOS PROFISSIONAIS: | FORMA DE COBRANÇA |             |

|          |                                                                      |         |              |
|----------|----------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 10101020 | Médico visita domiciliar                                             | VISITA  | R\$ 400,00   |
| 50000098 | Terapeuta ocupacional sessão domiciliar                              | SESSÃO  | R\$ 165,00   |
| 50000268 | Fisioterapeuta sessão domiciliar                                     | SESSÃO  | R\$ 100,00   |
| 50000535 | Enfermeiro visita domiciliar                                         | VISITA  | R\$ 141,13   |
| 50000578 | Nutricionista sessão domiciliar                                      | SESSÃO  | R\$ 137,38   |
| 50000624 | Fonoaudiólogo sessão domiciliar                                      | SESSÃO  | R\$ 153,00   |
| 60026391 | Pacote de suporte ventilatório não invasivo                          | POR DIA | R\$ 45,00    |
| 60028890 | Enfermeira estomaterapeuta (visita e procedimento)                   | VISITA  | R\$ 200,00   |
| 50001248 | Psicólogo sessão domiciliar                                          | SESSÃO  | R\$ 159,00   |
| 60034440 | Técnico de enfermagem domiciliar (visita e procedimento até 3 horas) | VISITA  | R\$ 99,50    |
|          | <b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>                                   |         |              |
|          | Sondagem vesical de demora com materiais                             | SESSÃO  | R\$ 281,00   |
|          | Sondagem vesical de alívio com materiais                             | SESSÃO  | R\$ 276,00   |
|          | Sondagem nasogástrica com materiais                                  | SESSÃO  | R\$ 396,50   |
|          | Sondagem nasoenteral com materiais                                   | SESSÃO  | R\$ 406,50   |
|          | <b>DESCRIÇÃO- INTERNAÇÃO DOMICILIAR - SERVIÇOS (HORAS)</b>           |         |              |
| 60034459 | Pacote de permanência para até 6 horas                               | POR DIA | R\$ 425,00   |
| 60034467 | Pacote de permanência para até 12 horas                              | POR DIA | R\$ 544,25   |
| 60034475 | Pacote de permanência para até 24 h (média complexidade).            | POR DIA | R\$ 885,00   |
| 60034475 | Pacote de permanência para até 24 h (alta complexidade).             | POR DIA | R\$ 1.225,00 |
|          | <b>ALUGUEIS DE EQUIPAMENTOS EM GERAIS</b>                            |         |              |
|          | AMBÚ ADULTO COMPLETO                                                 | POR DIA | R\$ 4,55     |
|          | AMBÚ NEONATAL PEDIÁTRICO                                             | POR DIA | R\$ 3,25     |
|          | AMBÚ PEDIÁTRICO COMPLETO                                             | POR DIA | R\$ 3,25     |
|          | ASPIRADOR DE SECREÇÕES (ELETRO, CIRURGICO DE 2 A 5 LITROS)           | POR DIA | R\$ 3,54     |
|          | ASPIRADOR ELÉTRICO DE SECREÇÕES                                      | POR DIA | R\$ 4,50     |
|          | BALANÇA DIGITAL ADULTO                                               | POR DIA | R\$ 15,00    |
|          | BALANÇA DIGITAL PEDIÁTRICA                                           | POR DIA | R\$ 15,00    |
|          | BOMBA DE INFUSÃO DE DIETA                                            | POR DIA | R\$ 20,80    |
|          | BOMBA DE INFUSÃO DE MEDICAMENTO                                      | POR DIA | R\$ 19,80    |
|          | BOMBA DE INFUSÃO Santronic                                           | POR DIA | R\$ 15,00    |
|          | CAMA ELETRICA 2 MOVIMENTOS                                           | POR DIA | R\$ 7,00     |
|          | CAMA ELETRICA 3 MOVIMENTOS                                           | POR DIA | R\$ 12,25    |
|          | CAMA HOSPITALAR ELETRICA 2 MOV COMPLETA                              | POR DIA | R\$ 9,15     |

|  |                                                                                   |                       |            |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
|  | CAMA HOSPITALAR ELÉTRICA 5 MOV COMPLETA                                           | POR DIA               | R\$ 11,50  |
|  | CAPNÓGRAFO                                                                        | POR DIA               | R\$ 5,90   |
|  | CATETER DE OXIGÊNIO (Troca a cada 72 horas)                                       | POR DIA               | R\$ 3,15   |
|  | CILINDRO DE OXIGÊNIO 4 M3 (PPU 4.000L) + SUPORTE + REGULADOR + FLUXÔMETRO         | POR DIA               | R\$ 3,15   |
|  | CILINDRO DE OXIGÊNIO 6M3 (PPU 6.000L) +SUPORTE + REGULADOR + FLUXÔMETRO           | POR DIA               | R\$ 3,15   |
|  | CILINDRO DE OXIGÊNIO 8 M3 (PPU 8.000L) +SUPORTE + REGULADOR + FLUXÔMETRO          | POR DIA               | R\$ 3,15   |
|  | COLCHÃO HOSPITALAR GRANDE                                                         | POR DIA               | R\$ 3,05   |
|  | CONCENTRADOR DE OXIGENIO C/ NEBULIZAÇÃO 10 LITROS                                 | POR DIA               | R\$ 23,00  |
|  | CONCENTRADOR DE OXIGENIO C/ NEBULIZAÇÃO 5 LITROS                                  | POR DIA               | R\$ 12,75  |
|  | KIT INALAÇÃO (Troca a cada 72 horas)                                              | TROCA A CADA 72 HORAS | R\$ 26,60  |
|  | MONITOR CARDÍACO                                                                  | POR DIA               | R\$ 59,60  |
|  | MONITOR DE APNÉIA                                                                 | POR DIA               | R\$ 18,40  |
|  | MONITOR DE GLICEMIA                                                               | POR DIA               | R\$ 4,80   |
|  | NOBREAK + BATERIA                                                                 | POR DIA               | R\$ 6,00   |
|  | OXÍMETRO DE PULSO - MESA COM ALARME                                               | POR DIA               | R\$ 10,75  |
|  | OXÍMETRO DE PULSO - PORTATIL                                                      | POR DIA               | R\$ 9,83   |
|  | OXÍMETRO NEONATAL COM ALARME                                                      | POR DIA               | R\$ 7,10   |
|  | RECARGA DO CILINDRO DE OXIGÊNIO 4 M3 (PPU 4.000L)                                 | RECARGA               | R\$ 211,00 |
|  | RECARGA DO CILINDRO DE OXIGÊNIO 6M3 (PPU 6.000L)                                  | RECARGA               | R\$ 211,00 |
|  | RECARGA DO CILINDRO DE OXIGÊNIO 8 M3 (PPU 8.000L)                                 | RECARGA               | R\$ 211,00 |
|  | RESPIRADOR ELETRICO (CPAP) + CIRCUITO NÃO INVASIVO + MÁSCARA DE BORDA INSUFLADA   | POR DIA               | R\$ 25,00  |
|  | SUPORTE PARA SORO                                                                 | POR DIA               | R\$ 2,00   |
|  | VENTILADOR BIPAP                                                                  | POR DIA               | R\$ 71,00  |
|  | VENTILADOR VOLUMÉTRICO + CIRCUITO DE PVC + SUPER SET + MÁSCARA DE BORDA INSUFLADA | POR DIA               | R\$ 111,50 |

**10.20. ANESTESIA:**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                          | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 31602274      | Anestesia para exames de tomografia computadorizada                                       | R\$ 478,94         |
| 31602282      | Anestesia para exames de ressonância magnética                                            | R\$ 506,25         |
| 40309100      | LCR ambulatorial (tx sala, materiais, medicamentos e honorários médicos) – SOMENTE COLETA | R\$ 600,00         |

**10.21. RADIOLOGIA GERAL:**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                   | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| 31005071      | BIOPSIA HEPATICA TRANSPARIETAL (ATÉ 03 FRAGMENTOS) | R\$ 100,70         |
| 40801012      | RX Cranio (PA/LAT)                                 | R\$ 44,71          |
| 40801020      | RX Cranio (PA/LAT/BRETTON)                         | R\$ 47,17          |
| 40801039      | RX Cranio (PA/LAT/BRETTON-HIRTZ)                   | R\$ 64,12          |
| 40801047      | RX Orelha, mastóides ou rochedos - bilateral       | R\$ 58,65          |
| 40801055      | RX Órbitas                                         | R\$ 47,35          |
| 40801063      | RX Seios da Face                                   | R\$ 44,82          |
| 40801071      | RX Sela Túrcica                                    | R\$ 43,18          |
| 40801080      | RX Maxilar inferior (PA-OBLIQUAS)                  | R\$ 44,77          |
| 40801098      | RX Ossos da Face                                   | R\$ 47,35          |
| 40801101      | RX Arcos Zigomáticos                               | R\$ 44,58          |
| 40801110      | RX Articulação Temporomandibular                   | R\$ 47,35          |
| 40801128      | RX Adenoides ou Cavum                              | R\$ 40,51          |
| 40801209      | RX Incidencia Adicional de Cranio ou Face          | R\$ 17,14          |
| 40802019      | RX Coluna Cervical 3 INCIDÊNCIAS                   | R\$ 42,78          |
| 40802027      | RX Coluna cervical (AP-LAT-TO-OBL)                 | R\$ 56,18          |
| 40802043      | RX - Coluna dorsal - 4 incidências                 | R\$ 65,00          |
| 40802051      | RX Coluna Lombo-SACRA - 3 INCIDÊNCIAS              | R\$ 48,81          |
| 40802060      | RX Coluna Lombosacra 5 Incidências                 | R\$ 69,41          |
| 40802078      | RX Sacro Coccix                                    | R\$ 45,07          |
| 40802086      | RX Coluna dorso-lombar para escoliose              | R\$ 61,14          |
| 40802094      | RX Coluna total para escoliose                     | R\$ 90,03          |
| 40802116      | RX - Incidência adicional de coluna                | R\$ 19,19          |
| 40803015      | RX Esterno                                         | R\$ 44,44          |
| 40803023      | RX Articulação Esternoclavicular                   | R\$ 42,78          |
| 40803031      | RX Costelas por Hemitorax                          | R\$ 45,75          |
| 40803040      | RX Clavicula                                       | R\$ 43,13          |
| 40803058      | RX Omoplata ou escápula                            | R\$ 45,15          |

|          |                                                     |            |
|----------|-----------------------------------------------------|------------|
| 40803066 | RX Articulação Acromioclavicular                    | R\$ 41,37  |
| 40803074 | RX Articulação Escapuloumeral Ombro                 | R\$ 41,65  |
| 40803082 | RX Braço                                            | R\$ 43,13  |
| 40803090 | RX Cotovelo                                         | R\$ 40,51  |
| 40803104 | RX Antebraço                                        | R\$ 41,99  |
| 40803112 | RX Punho                                            | R\$ 42,78  |
| 40803120 | RX Mão ou quirodáctilo                              | R\$ 40,51  |
| 40803139 | RX Idade Óssea                                      | R\$ 40,07  |
| 40803147 | RX Inc Adic do Membro Superior                      | R\$ 16,75  |
| 40804011 | RX Bacia                                            | R\$ 42,27  |
| 40804020 | RX Articulação Sacroilíacas                         | R\$ 43,93  |
| 40804038 | RX Articulação Coxofemoral                          | R\$ 44,45  |
| 40804046 | RX Coxa                                             | R\$ 45,75  |
| 40804054 | RX Joelho                                           | R\$ 41,53  |
| 40804062 | RX Patela                                           | R\$ 44,36  |
| 40804070 | RX Perna                                            | R\$ 44,61  |
| 40804089 | RX Articulação Tibiotarsica (Tornozelo)             | R\$ 40,51  |
| 40804097 | RX Pé ou Pododactilo                                | R\$ 41,99  |
| 40804100 | RX Calcaneo                                         | R\$ 40,51  |
| 40804119 | RX Escanometria                                     | R\$ 40,57  |
| 40804127 | RX panoramica de membros inferiores                 | R\$ 60,00  |
| 40804135 | RX Inc Adic do Membro Inferior                      | R\$ 16,75  |
| 40805018 | RX Torax 1 incidencia                               | R\$ 39,92  |
| 40805026 | RX Torax 2 incidencia                               | R\$ 45,94  |
| 40805034 | RX Torax 3 incidencia                               | R\$ 52,52  |
| 40805042 | RX Torax 4 incidencia                               | R\$ 72,44  |
| 40805050 | RX coracao vasos da base PA/LAT                     | R\$ 65,76  |
| 40805077 | RX laringe ou hipofaringe ou pescoço (partes moles) | R\$ 44,04  |
| 40806057 | RX - Esôfago - hiato - estômago e duodeno           | R\$ 589,50 |
| 40806073 | RX Estudo do Delgado co Duplo Contraste Enteroclise | R\$ 149,67 |
| 40806090 | RX Defecograma*                                     | R\$ 466,44 |
| 40806103 | RX Colangiografia Intra Operatoria                  | R\$ 81,81  |
| 40806189 | RX Transito Colônio*                                | R\$ 108,50 |
| 40807010 | RX urografia excretora                              | R\$ 192,29 |
| 40807053 | RX uretrocistografia                                | R\$ 134,27 |
| 40807061 | RX Uretrocistografia de Criança                     | R\$ 314,27 |
| 40807096 | RX Uretrocistografia Retrogada                      | R\$ 387,68 |
| 40808017 | RX Abdome Simples                                   | R\$ 42,27  |
| 40808025 | RX Abdomem Agudo                                    | R\$ 62,26  |
| 40808033 | Mamografia Convencional Bilateral                   | R\$ 139,69 |
| 40808041 | Mamografia Digital                                  | R\$ 160,51 |
| 40808050 | Magnificação                                        | R\$ 71,13  |

|          |                                                                                                                                              |              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40808122 | Densitometria Ossea (um segmento)                                                                                                            | R\$ 112,64   |
| 40808130 | Densitometria Ossea Coluna Lombar e Femur                                                                                                    | R\$ 179,01   |
| 40808149 | Densitometria Ossea Corpo Inteiro                                                                                                            | R\$ 167,39   |
| 40808157 | RX Morfometria Digital Coluna Lombar                                                                                                         | R\$ 159,78   |
| 40808190 | AGULHAMENTO POR MAMOGRAFIA / Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por estereotaxia (não inclui exame de imagem) | R\$ 455,50   |
| 40808203 | AGULHAMENTO DE MAMAS GUIADA POR US / (Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por US (não inclui exame de imagem)  | R\$ 452,34   |
| 40808220 | Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por estereotaxia (não inclui o exame de base)                                 | R\$ 433,84   |
| 40808238 | Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US (não inclui o exame de base)                                           | R\$ 281,23   |
| 40808262 | Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por US (não inclui o exame de imagem)                      | R\$ 341,35   |
| 40808289 | Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem)                                                                                    | R\$ 2.967,92 |
| 40808297 | Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem)                                                                                              | R\$ 2.967,92 |
| 40808327 | Colocação de clipe(s) pré QT neoadjuvante em mama – cada lado (não inclui o exame de base)                                                   | R\$ 851,91   |
| 40809013 | DUCTOGRAFIA POR MAMA                                                                                                                         | R\$ 261,25   |
| 40809030 | RX Histerosalpingografia*                                                                                                                    | R\$ 360,00   |
| 40809080 | TC Dacriocistografia (Olho)                                                                                                                  | R\$ 106,96   |
| 40809161 | Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por US (não inclui o exame de base)                                                | R\$ 97,53    |
| 40809170 | Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por TC (não inclui o exame de base)                                                | R\$ 91,79    |
| 40901017 | US GLOBO OCULAR                                                                                                                              | R\$ 24,20    |
| 40901025 | US Doppler Globo Ocular                                                                                                                      | R\$ 211,59   |
| 40901033 | US Glandulas salivares (todas)                                                                                                               | R\$ 121,17   |
| 40901041 | US Torácico Extracardiaco                                                                                                                    | R\$ 81,95    |
| 40901084 | US Ecodopplercardiograma fetal (por feto)                                                                                                    | R\$ 289,60   |
| 40901106 | US Ecodopplercardiograma transtoracico                                                                                                       | R\$ 320,80   |
| 40901114 | US Mamas                                                                                                                                     | R\$ 117,04   |
| 40901122 | US Abdome Total                                                                                                                              | R\$ 188,90   |
| 40901130 | US Abdome Superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas e baço)                                                                        | R\$ 139,16   |
| 40901149 | US Retoperitônio (Grandes Vasos Ou Adrenais)                                                                                                 | R\$ 156,60   |
| 40901157 | US Aparelho urinário feminino                                                                                                                | R\$ 129,55   |
| 40901165 | US Aparelho urinário masculino                                                                                                               | R\$ 129,55   |
| 40901173 | US Abdome inferior masculino                                                                                                                 | R\$ 125,88   |
| 40901181 | US Abdome Inferior Feminino                                                                                                                  | R\$ 127,62   |

|          |                                                                                      |            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40901190 | US Dermatologico (pele e subcutaneo)                                                 | R\$ 90,00  |
| 40901203 | US - Órgãos superficiais (tireóide ou escroto ou pênis ou crânio)                    | R\$ 96,69  |
| 40901211 | US - Estruturas superficiais (cervical ou axila ou músculo ou tendão)                | R\$ 96,69  |
| 40901220 | US Articular (por articulação)                                                       | R\$ 117,04 |
| 40901238 | US Obstétrico Simples (por feto)                                                     | R\$ 86,58  |
| 40901246 | US Obstétrico Simples com Doppler (por feto)                                         | R\$ 195,40 |
| 40901254 | US Obstetrico com translucencia nual                                                 | R\$ 173,42 |
| 40901262 | US Obstétrico Morfológico                                                            | R\$ 213,85 |
| 40901270 | US Obstetrico gestação multipla (cada feto)                                          | R\$ 60,34  |
| 40901289 | US Obstetrico gestação multipla com doppler (cada feto)                              | R\$ 149,78 |
| 40901297 | US Obstetrico Primeiro Trimestre (endovaginal)                                       | R\$ 194,09 |
| 40901300 | US Transvaginal                                                                      | R\$ 117,50 |
| 40901319 | US Transvaginal para Controle de Ovulação                                            | R\$ 223,48 |
| 40901327 | US HISTEROSSENOGRAFIA                                                                | R\$ 529,50 |
| 40901335 | US Próstata Transretal                                                               | R\$ 161,08 |
| 40901351 | US Doppler transfontanela                                                            | R\$ 242,35 |
| 40901360 | US Doppler de Carotidas e Vertebrais                                                 | R\$ 280,28 |
| 40901378 | US Doppler Vasos Cerv Vensos (Subclavias e jugulares)                                | R\$ 304,02 |
| 40901386 | US Doppler de Órgão ou Estrutura Isolada                                             | R\$ 222,40 |
| 40901394 | US Doppler de Aorta e Artérias Renais                                                | R\$ 250,00 |
| 40901408 | US Doppler Aorta e a Ilíacas                                                         | R\$ 250,00 |
| 40901416 | US Doppler de artérias viscerais (mesentéricas superior e inferior e tronco celiaco) | R\$ 256,72 |
| 40901424 | US DOPPLER HEMANGIOMA                                                                | R\$ 490,00 |
| 40901432 | US Doppler de Veia Cava SUPERIOR OU INFERIOR                                         | R\$ 266,21 |
| 40901440 | US Doppler peniano (com farmaco indução)                                             | R\$ 309,36 |
| 40901459 | US Doppler Arterial de Membro superior (unilateral)                                  | R\$ 326,48 |
| 40901467 | US Doppler Venoso Membro superior (unilateral)                                       | R\$ 351,80 |
| 40901475 | US Doppler Arterial de Membro inferior (unilateral)                                  | R\$ 329,36 |
| 40901483 | US Doppler Venoso Membro inferior (unilateral)                                       | R\$ 365,64 |
| 40901505 | US Obstetrico (perfil biofisico fetal)                                               | R\$ 221,99 |
| 40901513 | US Doppler peniano (sem farmaco indução)                                             | R\$ 219,91 |
| 40901602 | US Doppler Transcraniana                                                             | R\$ 355,00 |
| 40901670 | US ABDOMEN SUPERIOR PROVA DE BOYDEN                                                  | R\$ 170,57 |
| 40901726 | NEUROSSONOGRAMA FETAL                                                                | R\$ 180,00 |
| 40901750 | US Próstata                                                                          | R\$ 120,94 |
| 40901769 | US Aparelho Urinário                                                                 | R\$ 119,86 |
| 40901793 | US ELASTOGRAFIA DE FIGADO                                                            | R\$ 360,10 |

|          |                                                                               |              |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40902021 | US Obstetrica Trimestre com Punção Biopsia Ou Aspirativa                      | R\$ 290,93   |
| 40902030 | US PROSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA ATE 8 FRAGMENTOS                           | R\$ 1.048,58 |
| 40902048 | US - Próstata transretal com biópsia - mais de 8 fragmentos*                  | R\$ 1.306,74 |
| 40902056 | US - Intra-operatório                                                         | R\$ 255,33   |
| 40902064 | US Doppler Intraoperatorio                                                    | R\$ 357,49   |
| 41001010 | TC Cranio ou Sela Túcica ou Órbitas                                           | R\$ 368,78   |
| 41001028 | TC Mastoides ou Ouvidos                                                       | R\$ 395,10   |
| 41001036 | TC Face ou seios da face                                                      | R\$ 407,68   |
| 41001044 | TC ATM (articulação tempomandibulares)                                        | R\$ 426,04   |
| 41001052 | TC Dentscan Mandibula/Maxila                                                  | R\$ 380,63   |
| 41001060 | TC Pescoço                                                                    | R\$ 420,25   |
| 41001079 | TC Torax                                                                      | R\$ 420,25   |
| 41001087 | TC Coração - para avaliação do Escore de Cálcio*                              | R\$ 693,40   |
| 41001095 | TC Abdome Total                                                               | R\$ 686,40   |
| 41001109 | TC Abdome Superior                                                            | R\$ 420,25   |
| 41001117 | TC Pelve ou Bacia                                                             | R\$ 395,10   |
| 41001125 | TC Coluna Cervical ou dorsal ou lombo-sacra (até 3 segmentos)                 | R\$ 354,13   |
| 41001133 | TC Coluna (Segmento Adicional)                                                | R\$ 105,73   |
| 41001141 | TC Articulação (Unilateral)                                                   | R\$ 395,10   |
| 41001150 | TC Segmentos apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé) | R\$ 395,10   |
| 41001168 | Angio TC Venoso de Tórax                                                      | R\$ 484,26   |
| 41001176 | Angio TC de Aorta Toracica                                                    | R\$ 501,51   |
| 41001184 | Angio tc de Aorta Abdominal                                                   | R\$ 501,51   |
| 41001230 | Angio TC Coronariana*                                                         | R\$ 1.878,54 |
| 41001273 | TC MANDIBULA                                                                  | R\$ 296,92   |
| 41001281 | TC MAXILA                                                                     | R\$ 296,92   |
| 41001370 | Angio TC Arterial de Cranio                                                   | R\$ 467,00   |
| 41001389 | Angio TC Venosa de Cranio                                                     | R\$ 531,14   |
| 41001397 | Angio TC Arterial de Pescoço                                                  | R\$ 467,00   |
| 41001400 | Angio TC Venosa de Pescoço                                                    | R\$ 531,14   |
| 41001419 | Angio TC Arterial de Tórax                                                    | R\$ 467,00   |
| 41001427 | Angio TC Venosa de Tórax                                                      | R\$ 501,51   |
| 41001435 | Angio TC de Abdome Superior                                                   | R\$ 468,10   |
| 41001443 | Angio TC Venosa de Abdome Superior                                            | R\$ 501,51   |
| 41001451 | Angio TC Arterial de Pelve                                                    | R\$ 468,10   |
| 41001460 | Angio TC Venosa de Pelve                                                      | R\$ 501,51   |
| 41001516 | Angio TC Arterial Pulmonar                                                    | R\$ 467,00   |
| 41001524 | Angio TC Venosa Pulmonar                                                      | R\$ 531,14   |
| 41002059 | Artro-TC                                                                      | R\$ 557,70   |

|          |                                                                                                  |              |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 41101010 | Artro - RM Quadril                                                                               | R\$ 1.206,81 |
| 41101014 | RM Crânio (encéfalo)                                                                             | R\$ 767,37   |
| 41101022 | RM Sela Tursica (Hipófise)                                                                       | R\$ 795,01   |
| 41101030 | RM Base do Crânio                                                                                | R\$ 795,01   |
| 41101057 | RM Perfusão Cerebral                                                                             | R\$ 303,98   |
| 41101065 | RM Espectroscopia                                                                                | R\$ 410,47   |
| 41101073 | RM Orbitas                                                                                       | R\$ 795,01   |
| 41101081 | RM Ossos Temporais bilateral                                                                     | R\$ 795,01   |
| 41101090 | RM Face                                                                                          | R\$ 795,01   |
| 41101103 | RM Articulação Temporomandibular                                                                 | R\$ 778,00   |
| 41101111 | RM Pescoço                                                                                       | R\$ 795,01   |
| 41101120 | RM Torax                                                                                         | R\$ 837,00   |
| 41101138 | RM Coração Morfológico e Funcional                                                               | R\$ 930,10   |
| 41101146 | RM Coração Morfológico e Funcional + Perfusão + Estresse*                                        | R\$ 1.409,16 |
| 41101154 | RM Coração Morfológico e Funcional + Perfusão + Viabilidade*                                     | R\$ 1.664,11 |
| 41101170 | RM Abdome Superior (fígado, pâncreas, baço, rins, supra-renais, retroperitônio)                  | R\$ 837,00   |
| 41101189 | RM Pelve (não inclui articulações coxofemorais)                                                  | R\$ 795,01   |
| 41101197 | RM Fetal                                                                                         | R\$ 783,34   |
| 41101200 | RM Penis                                                                                         | R\$ 763,90   |
| 41101219 | RM Bolsa Escrotal                                                                                | R\$ 783,33   |
| 41101227 | RM Coluna Cervical, Dorsal ou Lombar                                                             | R\$ 770,97   |
| 41101235 | RM Fluxo Liquorico*                                                                              | R\$ 724,30   |
| 41101243 | RM PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL (NÃO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR) | R\$ 541,43   |
| 41101251 | RM Membro Superior Unilateral (não inclui mão e articulações)                                    | R\$ 795,01   |
| 41101260 | RM Mão o (não inclui punho)                                                                      | R\$ 811,25   |
| 41101278 | RM Bacia (articulações sacro-ilíacaas)                                                           | R\$ 795,01   |
| 41101286 | RM Coxa (unilateral)                                                                             | R\$ 795,01   |
| 41101294 | RM Perna (unilateral)                                                                            | R\$ 795,01   |
| 41101308 | RM Pé (unilateral)                                                                               | R\$ 795,01   |
| 41101316 | RM Articulação (por Articulação)                                                                 | R\$ 770,97   |
| 41101332 | Angio RM Aorta Toracica                                                                          | R\$ 837,00   |
| 41101340 | Angio RM de Aorta Abdominal                                                                      | R\$ 824,11   |
| 41101359 | RM Hidro (colângio-RM ou uro-RM ou mielo-RM ousialo-RM ou cistografia por RM)                    | R\$ 795,01   |
| 41101430 | RM AVALIACAO DE FERRO (CORAÇÃO OU FÍGADO)                                                        | R\$ 541,43   |
| 41101448 | RM Tractografia *                                                                                | R\$ 823,88   |
| 41101464 | RM Próstata Multiparametrica*                                                                    | R\$ 1.719,16 |

|                                              |                                                                                                                                                                  |              |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 41101480                                     | RM Mamas                                                                                                                                                         | R\$ 794,83   |
| 41101499                                     | Angio RM Arterial Pulmonar                                                                                                                                       | R\$ 795,01   |
| 41101502                                     | Angio RM Venosa Pulmonar                                                                                                                                         | R\$ 807,90   |
| 41101510                                     | Angio RM Arterial de Abdome Superior                                                                                                                             | R\$ 807,90   |
| 41101529                                     | Angio RM Venosa de Abdome Superior                                                                                                                               | R\$ 807,90   |
| 41101537                                     | Angio RM Arterial de Cranio                                                                                                                                      | R\$ 768,47   |
| 41101545                                     | Angio RM Venosa de Crânio                                                                                                                                        | R\$ 770,70   |
| 41101553                                     | ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR*                                                                                                                            | R\$ 1.102,60 |
| 41101596                                     | Angio RM Arterial de Pelve                                                                                                                                       | R\$ 795,01   |
| 41101600                                     | Angio RM Venosa de Pelve                                                                                                                                         | R\$ 807,90   |
| 41101618                                     | Angio RM Arterial de Pescoço                                                                                                                                     | R\$ 795,01   |
| 41101626                                     | Angio RM Venosa de Pescoço                                                                                                                                       | R\$ 807,90   |
| 41101634                                     | RM ENDOCAVITARIA ENDORETAL OU ENDOVAGINAL                                                                                                                        | R\$ 801,93   |
| 41102010                                     | Artro RM (incluir a punção articular) unilateral - por articulação                                                                                               | R\$ 1.154,43 |
| 41001478                                     | Angio TC Arterial de Membro Inferior*                                                                                                                            | R\$ 885,63   |
| 41001508                                     | Angio TC Venosa de Membro Superior*                                                                                                                              | R\$ 886,04   |
| 41101588                                     | Angio RM Venosa de Membro Superior*                                                                                                                              | R\$ 1.102,60 |
| 41001486                                     | Angio TC Venosa de Membro Inferior*                                                                                                                              | R\$ 885,63   |
| 41001494                                     | Angio TC Arterial de Membro Superior*                                                                                                                            | R\$ 885,63   |
| 41101561                                     | Angio RM Venosa de Membro Inferior*                                                                                                                              | R\$ 1.102,60 |
| 41101570                                     | Angio RM Arterial de Membro Superior*                                                                                                                            | R\$ 1.102,60 |
| 40901122<br>40901386<br>40901300<br>40901386 | PACOTE: PROTOCOLO ECOGRÁFICO COMPLETO PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA* (US ABDOME TOTAL COM DOPPLER + US TRANSVAGINAL COM DOPPLER COM PREPARO INTESTINAL) | R\$ 775,95   |
| PACOTE                                       | PESQUISA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA + HISTEROSSONOGRAMA 3/4D                                                                                                       | R\$ 1.100,00 |
| PACOTE                                       | HYCOSY (HISTEROSSONOSSALPINGOGRAFIA + HISTEROSSONOGRAMA 3/4D)                                                                                                    | R\$ 950,00   |
| PACOTE                                       | MAPEAMENTO DA Pelve (PROTOCOLO DE ENDOMETRIOSE + CONTAGEM DE FOLÍCULOS + HISTEROSSONOGRAMA 3/4D + HYCOSY)                                                        | R\$ 1.500,00 |
| PACOTE                                       | US PÉLVICO TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO SEQUENCIADO > 3 EXAMES                                                                                         | R\$ 420,00   |
|                                              | MAMOTOMIA COM CLIPAGEM                                                                                                                                           | R\$ 839,01   |
|                                              | RM ABDOMEN COM GADOVIST                                                                                                                                          | R\$ 1.518,86 |
|                                              | RM ABDOMEN COM PRIMOVIST                                                                                                                                         | R\$ 1.353,86 |
|                                              | RM Defeco*                                                                                                                                                       | R\$ 2.166,20 |

|  |                                                                                     |              |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|  | RM Entero*                                                                          | R\$ 2.092,40 |
|  | RM Pelve Multiparametrica*                                                          | R\$ 1.917,03 |
|  | TC * ENTERO *                                                                       | R\$ 1.492,85 |
|  | TC COLONO*                                                                          | R\$ 2.092,40 |
|  | TC Estresse Farmacológico*                                                          | R\$ 753,26   |
|  | US LIPEDEMA (POR MEMBRO)                                                            | R\$ 203,99   |
|  | US OBSTETRICA 4D GEMELAR                                                            | R\$ 499,93   |
|  | US OBSTETRICO 3D                                                                    | R\$ 399,00   |
|  | US PÉLVICO TRANSVAGINAL 3D/4D                                                       | R\$ 412,33   |
|  | US PÉLVICO TRANSVAGINAL PARA CONTAGEM DE FOLÍCULOS ANTRAIS                          | R\$ 180,00   |
|  | *Procedimento gerenciado inclui honorários, materiais, medicamentos e taxas de sala |              |

#### 10.22. RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA:

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                                      | REFERENCIAL |
|----------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| 81000278 | FOTO                                                           | R\$ 21,21   |
| 81000294 | LEVANTAMENTO PERIAPICAL                                        | R\$ 260,00  |
| 81000294 | LEVANTAMENTO PERIAPICAL (SEM IMPRESSÃO)                        | R\$ 233,31  |
| 81000308 | MODELOS DIGITAL/ESCANEAMENTO (MODELOS ORTODÔNTICOS)            | R\$ 101,00  |
| 81000405 | PANORAMICA PARTICULAR (SEM IMPRESSÃO)                          | R\$ 64,00   |
| 81000340 | PANORÂMICA DE ATM C/ 4 INC                                     | R\$ 90,00   |
| 81000340 | PANORÂMICA DE ATM C/ 4 INC (SEM IMPRESSÃO)                     | R\$ 72,00   |
| 81000340 | PANORÂMICA DE ATM C/ 6 INC                                     | R\$ 123,00  |
| 81000340 | PANORÂMICA DE ATM C/ 6 INC (SEM IMPRESSÃO)                     | R\$ 108,33  |
| 81000340 | ATM 04 INCIDÊNCIA                                              | R\$ 98,50   |
| 81000340 | ATM 06 INCIDÊNCIA                                              | R\$ 120,00  |
| 81000367 | RADIOGRAFIA CARPAL C/ ANÁLISE (MÃO E PUNHO)                    | R\$ 80,00   |
| 81000367 | RADIOGRAFIA CARPAL C/ ANÁLISE (MÃO E PUNHO) (SEM IMPRESSÃO)    | R\$ 64,00   |
| 81000367 | RADIOGRAFIA CARPAL S/ ANÁLISE (MÃO E PUNHO)                    | R\$ 78,33   |
| 81000367 | RADIOGRAFIA CARPAL S/ ANÁLISE (MÃO E PUNHO) (SEM IMPRESSÃO)    | R\$ 64,00   |
| 81000375 | INTERPROXIMAL UNITÁRIA                                         | R\$ 40,00   |
| 81000375 | INTERPROXIMAL UNITÁRIA (SEM IMPRESSÃO)                         | R\$ 35,00   |
| 81000375 | INTERPROXIMAL C/ 4 INC                                         | R\$ 165,00  |
| 81000375 | INTERPROXIMAL C/ 4 INC (SEM IMPRESSÃO)                         | R\$ 137,67  |
| 81000383 | RADIOGRAFIA OCLUSAL (POR ACARDA)                               | R\$ 75,00   |
| 81000405 | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) | R\$ 72,50   |

|                                       |                                                                                                      |            |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 81000405                              | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) (SEM IMPRESSÃO)                       | R\$ 59,94  |
| 81000413                              | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado para implantes            | R\$ 87,50  |
| 81000421                              | RADIOGRAFIA PERIAPICAL UNITÁRIA                                                                      | R\$ 40,00  |
| 81000421                              | RADIOGRAFIA PERIAPICAL UNITÁRIA (SEM IMPRESSÃO)                                                      | R\$ 33,68  |
| 81000430                              | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL SEM TRAÇADO (Radiografia pósterio-anterior)                                 | R\$ 73,00  |
| 81000430                              | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL SEM TRAÇADO (SEM IMPRESSÃO) (Radiografia pósterio-anterior)                 | R\$ 64,00  |
| 81000430                              | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL COM ANÁLISE (Radiografia pósterio-anterior)                                 | R\$ 88,00  |
| 81000430                              | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL COM ANÁLISE (SEM IMPRESSÃO) (Radiografia pósterio-anterior)                 | R\$ 72,00  |
| 81000472                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL SEM TRAÇADO                                                                 | R\$ 73,00  |
| 81000472                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL SEM TRAÇADO (SEM IMPRESSÃO)                                                 | R\$ 64,00  |
| 81000480                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL COM 1 TRAÇADOS (Telerradiografia com traçado cefalométrico)                 | R\$ 88,50  |
| 81000480                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL COM 1 TRAÇADOS (SEM IMPRESSÃO) (Telerradiografia com traçado cefalométrico) | R\$ 72,00  |
| 81000480                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL COM 2 TRAÇADOS (Telerradiografia com traçado cefalométrico)                 | R\$ 90,00  |
| 81000480                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL COM 2 TRAÇADOS (SEM IMPRESSÃO) (Telerradiografia com traçado cefalométrico) | R\$ 72,00  |
| 81000480                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL COM 3 TRAÇADOS (Telerradiografia com traçado cefalométrico)                 | R\$ 98,33  |
| 81000480                              | TELERRADIOGRAFIA LATERAL COM 3 TRAÇADOS (SEM IMPRESSÃO) (Telerradiografia com traçado cefalométrico) | R\$ 85,00  |
| 81000537                              | TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                                                                                | R\$ 21,21  |
| 81000570                              | TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA                                                                  | R\$ 103,50 |
| 81000510                              | Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam                                              | R\$ 303,67 |
| PACOTE<br>CÓDIGO:<br>81000510<br>(2X) | TOMOGRAFIA - MAXILA OU MANDIBULA                                                                     | R\$ 440,33 |
| PACOTE<br>CÓDIGO:<br>81000510<br>(2X) | TOMOGRAFIA DE MAXILA + MANDIBULA + RAMO DA MANDIBULA / (BOCA TODA)                                   | R\$ 700,00 |
| 41001044                              | TOMOGRAFIA ATM (BOCA FECHADA OU BOCA ABERTA)                                                         | R\$ 426,04 |

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| PACOTE<br>CÓDIGO:<br>41004044<br>(2X)                         | TOMOGRAFIA ATM (BOCA ABERTA E BOCA<br>FECHADA)                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 640,00   |
| PACOTE                                                        | DOCUMENTAÇÃO BÁSICA, inclui:<br>81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila<br>(ortopantomografia) - com laudo<br>81000480 - Telerradiografia lateral com traçado<br>81000308 - Modelo digital/escaneamento e impressão<br>81000278 - Fotografias (06 vezes) | R\$ 185,67   |
| PACOTE                                                        | DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, inclui:<br>81000405 -1x panorâmica com laudo;<br>81000480 -1x telerradiografia lateral com traçado;<br>81000308 -1x modelo digital/escaneamento e impressão;<br>81000278 - 10x fotografias.                                                     | R\$ 285,00   |
| PACOTE                                                        | DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES<br>ORTODONTICOS, inclui:<br>81000405 -1x panorâmica com laudo;<br>81000480 -1x telerradiografia lateral com traçado;<br>81000308 -1x modelo digital/escaneamento sem impressão;<br>81000278 - 8x fotografias.                            | R\$ 273,00   |
|                                                               | IMPRESSÃO DO MODELO DIGITAL                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 84,00    |
|                                                               | DISCREPÂNCIA                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 18,10    |
|                                                               | ANÁLISE FACIAL                                                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 36,22    |
| 40803139                                                      | IDADE ÓSSEA                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
| 41001036                                                      | TOMOGRAFIA SEIOS DA FACE                                                                                                                                                                                                                                               |              |
| PACOTE<br>CÓDIGO:<br>81000510<br>(2X)                         | TOMOGRAFIA CABEÇA INTEIRA (sem impressão)                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 850,00   |
| PACOTE                                                        | TOMOGRAFIA DO GUIA CÓDIGO: 81000510                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 192,44   |
| PACOTE<br>CÓDIGOS:<br>81000510<br>(2X) +<br>81000278<br>(13X) | PROTOCOLO SEG/SYM (TOMO CAB. INTEIRA+ 13<br>FOTOS + TRAÇADO) COM IMPRESSÃO                                                                                                                                                                                             | R\$ 1.300,00 |
|                                                               | Escaneamento Intraoral                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 118,50   |
|                                                               | Escaneamento da face                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 123,50   |

### 10.23. ANÁLISES CLÍNICAS / ANATOMIA PATOLÓGICA / BIOLOGIAS MOLECULAR / GENÉTICA:

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                            | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|
| 31005071      | BIOPSIA HEPATICA TRANSPARIETAL                              | R\$ 97,27          |
| 40301010      | 3-METIL HISTIDINA, dosagem                                  | R\$ 745,10         |
| 40301028      | 5-nucleotidase - pesquisa e/ou dosagem                      | R\$ 44,50          |
| 40301036      | Acetaminofen - pesquisa e/ou dosagem                        | R\$ 92,27          |
| 40301044      | Acetilcolinesterase, em eritrócitos - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 23,71          |
| 40301052      | Acetona, pesquisa e/ou dosagem no soro                      | R\$ 29,00          |
| 40301060      | Ácido ascórbico (vitamina C) - pesquisa e/ou dosagem        | R\$ 34,76          |
| 40301079      | Ácido beta hidroxí butírico, dosagem                        | R\$ 593,13         |
| 40301087      | Ácido fólico, pesquisa e/ou dosagem nos eritrócitos         | R\$ 28,69          |
| 40301109      | Ácido láctico (lactato) - pesquisa e/ou dosagem             | R\$ 18,94          |
| 40301117      | Ácido orótico - pesquisa e/ou dosagem                       | R\$ 591,01         |
| 40301125      | Ácido oxálico - pesquisa e/ou dosagem                       | R\$ 38,78          |
| 40301150      | Ácido úrico - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 6,13           |
| 40301168      | Ácido valpróico, dosagem                                    | R\$ 53,76          |
| 40301176      | ACIDOS BILIARES TOTAIS                                      | R\$ 141,47         |
| 40301184      | Ácidos graxos livres - pesquisa e/ou dosagem                | R\$ 59,58          |
| 40301192      | ACIDOS ORGANICOS, PERFIL QUANTITATIVO                       | R\$ 534,05         |
| 40301192      | ACIDOS ORGANICOS, URINA                                     | R\$ 909,51         |
| 40301206      | Acilcarnitinas (perfil qualitativo)                         | R\$ 381,42         |
| 40301214      | Acilcarnitinas (perfil quantitativo)                        | R\$ 587,42         |
| 40301222      | Albumina - pesquisa e/ou dosagem                            | R\$ 6,13           |
| 40301230      | Aldolase - pesquisa e/ou dosagem                            | R\$ 11,28          |
| 40301249      | Alfa-1-antitripsina, pesquisa e/ou dosagem no soro          | R\$ 15,60          |
| 40301257      | Alfa-1-glicoproteína ácida - pesquisa e/ou dosagem          | R\$ 15,61          |
| 40301265      | Alfa-2-macroglobulina - pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 39,46          |
| 40301273      | Alumínio, pesquisa e/ou dosagem no soro                     | R\$ 40,97          |
| 40301273      | ALUMINIO (Al), urina 24 horas                               | R\$ 148,48         |
| 40301281      | Amilase - pesquisa e/ou dosagem                             | R\$ 11,28          |
| 40301290      | Aminoácidos, fracionamento e quantificação                  | R\$ 266,00         |
| 40301303      | Amiodarona - pesquisa e/ou dosagem                          | R\$ 176,10         |
| 40301311      | AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM | R\$ 66,38          |
| 40301320      | Amônia - pesquisa e/ou dosagem                              | R\$ 27,02          |
| 40301320      | AMONIA, urina 24 horas                                      | R\$ 108,46         |
| 40301338      | Anfetaminas, dosagem                                        | R\$ 148,38         |
| 40301346      | Antibióticos, pesquisa e/ou dosagem no soro, cada           | R\$ 44,37          |

|          |                                                                          |            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40301354 | Apolipoproteína A (Apo A), dosagem                                       | R\$ 35,15  |
| 40301362 | APOLIPOPROTEINA B (APO B), PESQUISA E/OU DOSAGEM                         | R\$ 37,72  |
| 40301370 | Barbitúricos, antidepressivos tricíclicos (cada) - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 43,20  |
| 40301397 | Bilirrubinas (direta, indireta e total) - pesquisa e/ou dosagem          | R\$ 6,13   |
| 40301400 | Cálcio - pesquisa e/ou dosagem                                           | R\$ 5,64   |
| 40301419 | Cálcio iônico - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 14,40  |
| 40301427 | Capacidade de fixação de ferro - pesquisa e/ou dosagem                   | R\$ 8,50   |
| 40301435 | Carbamazepina - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 41,70  |
| 40301443 | Carnitina livre - pesquisa e/ou dosagem                                  | R\$ 189,29 |
| 40301451 | Carnitina total e frações - pesquisa e/ou dosagem                        | R\$ 394,42 |
| 40301460 | Caroteno - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 39,22  |
| 40301478 | Ceruloplasmina - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 15,41  |
| 40311481 | LEGIONELLA, ANTIGENO URINARIO                                            | R\$ 345,36 |
| 40301486 | Ciclosporina, methotrexate - cada - pesquisa e/ou dosagem                | R\$ 77,71  |
| 40301494 | Clearance de ácido úrico                                                 | R\$ 13,44  |
| 40301508 | Clearance de creatinina                                                  | R\$ 13,93  |
| 40301516 | DEPURACAO DE FOSFORO [CLEARENCE DE FOSFORO]                              | R\$ 13,80  |
| 40301524 | Clearance de uréia                                                       | R\$ 20,94  |
| 40301540 | CLOMIPRAMINA DOSAGEM                                                     | R\$ 398,77 |
| 40301559 | Cloro - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 6,13   |
| 40301567 | Cobre - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 40,97  |
| 40301575 | COCAINA e BENZOYLECGNONINA, TRIAGEM URINA                                | R\$ 122,17 |
| 40301583 | Colesterol (HDL) - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 8,50   |
| 40301591 | Colesterol (LDL) - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 11,28  |
| 40301605 | Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 6,13   |
| 40301613 | Cotina, dosagem                                                          | R\$ 210,63 |
| 40301621 | Creatina - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 14,17  |
| 40301630 | Creatinina - pesquisa e/ou dosagem                                       | R\$ 6,13   |
| 40301630 | CREATININA URINA 24H                                                     | R\$ 15,53  |
| 40301630 | CREATININA URINA ISOLADA                                                 | R\$ 13,75  |
| 40301648 | Creatino fosfoquinase total (CK) - pesquisa e/ou dosagem                 | R\$ 13,93  |
| 40301656 | Creatino fosfoquinase fração MB massa, dosagem                           | R\$ 67,83  |
| 40301664 | Creatino fosfoquinase - fração MB - atividade - pesquisa e/ou dosagem    | R\$ 27,98  |

|          |                                                                            |            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40301672 | Cromatografia de aminoácidos (perfil qualitativo) - pesquisa e/ou dosagem  | R\$ 64,12  |
| 40301680 | Curva glicêmica (4 dosagens) via oral ou endovenosa                        | R\$ 23,06  |
| 40301699 | Desidrogenase alfa-hidroxibutírica - pesquisa e/ou dosagem                 | R\$ 9,39   |
| 40301702 | Desidrogenase glutâmica - pesquisa e/ou dosagem                            | R\$ 9,39   |
| 40301725 | IMUNOFIXACAO - FRACAO IgG, IgA e IgM - liquor                              | R\$ 69,48  |
| 40301729 | Desidrogenase láctica - pesquisa e/ou dosagem                              | R\$ 11,28  |
| 40301737 | Desidrogenase láctica - isoenzimas fracionadas - pesquisa e/ou dosagem     | R\$ 43,20  |
| 40301745 | Benzodiazepínicos e similares (cada) - pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 44,37  |
| 40301753 | Digitoxina ou digoxina - pesquisa e/ou dosagem                             | R\$ 44,26  |
| 40301761 | ELETROFORESE DE PROTEINAS                                                  | R\$ 35,10  |
| 40301788 | Eletroforese de lipoproteínas                                              | R\$ 26,27  |
| 40301796 | Enolase - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 108,81 |
| 40301800 | Etossuximida - pesquisa e/ou dosagem                                       | R\$ 103,07 |
| 40301818 | Fenilalanina, pesquisa e/ou dosagem                                        | R\$ 14,06  |
| 40301826 | Fenitoína - pesquisa e/ou dosagem                                          | R\$ 42,96  |
| 40301834 | Fenobarbital - pesquisa e/ou dosagem                                       | R\$ 44,42  |
| 40301842 | Ferro sérico - pesquisa e/ou dosagem                                       | R\$ 8,50   |
| 40301850 | Formaldeído - pesquisa e/ou dosagem                                        | R\$ 27,21  |
| 40301869 | Fosfatase ácida fração prostática - pesquisa e/ou dosagem                  | R\$ 11,28  |
| 40301877 | Fosfatase ácida total - pesquisa e/ou dosagem                              | R\$ 11,28  |
| 40301885 | Fosfatase alcalina - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 11,28  |
| 40301893 | Fosfatase alcalina com fracionamento de isoenzimas - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 57,36  |
| 40301907 | Fosfatase alcalina fração óssea - Elisa - pesquisa e/ou dosagem            | R\$ 56,71  |
| 40301923 | Fosfolipídios - pesquisa e/ou dosagem                                      | R\$ 8,50   |
| 40301931 | Fósforo - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 6,13   |
| 40301940 | FOSFORO PROVA DE REABSORCAO TUBULAR                                        | R\$ 9,24   |
| 40301958 | Frutosaminas (proteínas glicosiladas) - pesquisa e/ou dosagem              | R\$ 11,28  |
| 40301966 | Frutose - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 9,01   |
| 40301974 | Galactose - pesquisa e/ou dosagem                                          | R\$ 22,97  |
| 40301982 | Galactose 1-fosfatouridil transferase, pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 373,92 |
| 40301990 | Gama-glutamil transferase - pesquisa e/ou dosagem                          | R\$ 11,28  |

|          |                                                                                                                    |            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40302016 | Gasometria (pH, pCO <sub>2</sub> , SA, O <sub>2</sub> , excesso base) - pesquisa e/ou dosagem                      | R\$ 23,06  |
| 40302024 | Gasometria + Hb + Ht + Na + K + Cl + Ca + glicose + lactato (quando efetuado no gasômetro) - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 26,28  |
| 40302032 | Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose - pesquisa e/ou dosagem                                          | R\$ 7,62   |
| 40302040 | Glicose - pesquisa e/ou dosagem                                                                                    | R\$ 6,13   |
| 40302059 | Glicose-6-fosfato deidrogenase (G6FD) - pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 21,03  |
| 40302067 | Haptoglobina - pesquisa e/ou dosagem                                                                               | R\$ 15,61  |
| 40302075 | HEMOGLOBINA GLICADA (FRACAO A1C)                                                                                   | R\$ 30,06  |
| 40302083 | Hemoglobina plasmática livre, pesquisa e/ou dosagem                                                                | R\$ 54,15  |
| 40302105 | Hidroxiprolina - pesquisa e/ou dosagem                                                                             | R\$ 26,69  |
| 40302113 | Homocisteína - pesquisa e/ou dosagem                                                                               | R\$ 51,95  |
| 40302121 | IMIPRAMINA - DESIPRAMINA                                                                                           | R\$ 426,90 |
| 40302130 | Amilase ou alfa-amilase, isoenzimas - pesquisa e/ou dosagem                                                        | R\$ 76,30  |
| 40302164 | Lactose, teste de tolerância                                                                                       | R\$ 33,40  |
| 40302172 | LEUCINO AMINOPEPTIDASE                                                                                             | R\$ 51,74  |
| 40302180 | LIDOCAINA                                                                                                          | R\$ 299,58 |
| 40302199 | Lipase - pesquisa e/ou dosagem                                                                                     | R\$ 11,28  |
| 40302202 | Lipase lipoprotéica, dosagem                                                                                       | R\$ 21,64  |
| 40302210 | LIPOPROTEINA A - LP                                                                                                | R\$ 33,92  |
| 40302229 | Lítio - pesquisa e/ou dosagem                                                                                      | R\$ 8,50   |
| 40302237 | Magnésio - pesquisa e/ou dosagem                                                                                   | R\$ 6,13   |
| 40302245 | Mioglobina, pesquisa e/ou dosagem                                                                                  | R\$ 40,35  |
| 40302270 | Osmolalidade - pesquisa e/ou dosagem                                                                               | R\$ 20,82  |
| 40302288 | Oxcarbazepina, pesquisa e/ou dosagem                                                                               | R\$ 70,69  |
| 40302296 | Piruvato quinase - pesquisa e/ou dosagem                                                                           | R\$ 127,61 |
| 40302300 | Porfirinas quantitativas (cada) - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 135,58 |
| 40302300 | PORFIRINAS DOSAGEM, urina 24 horas                                                                                 | R\$ 204,59 |
| 40302318 | Potássio - pesquisa e/ou dosagem                                                                                   | R\$ 6,13   |
| 40302326 | Pré-albumina - pesquisa e/ou dosagem                                                                               | R\$ 33,84  |
| 40302334 | Primidona - pesquisa e/ou dosagem                                                                                  | R\$ 48,96  |
| 40302342 | PROCAINAMIDA                                                                                                       | R\$ 91,13  |
| 40302350 | PROPRANOLOL SORO                                                                                                   | R\$ 42,54  |
| 40302377 | Proteínas totais - pesquisa e/ou dosagem                                                                           | R\$ 5,69   |
| 40302385 | Proteínas totais albumina e globulina - pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 8,50   |
| 40302393 | QUINIDINA                                                                                                          | R\$ 411,88 |

|          |                                                                                                                                  |              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40302407 | Reserva alcalina (bicarbonato) - pesquisa e/ou dosagem                                                                           | R\$ 7,83     |
| 40302415 | Sacarose, teste de tolerância                                                                                                    | R\$ 27,63    |
| 40302423 | Sódio - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                    | R\$ 6,13     |
| 40302431 | Succinil acetona - pesquisa e/ou dosagem                                                                                         | R\$ 1.558,61 |
| 40302458 | Tacrolimus - pesquisa e/ou dosagem                                                                                               | R\$ 209,54   |
| 40302474 | Teofilina - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                | R\$ 76,94    |
| 40302490 | TIROSINA DOSAGEM                                                                                                                 | R\$ 194,23   |
| 40302504 | Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 11,28    |
| 40302512 | Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina) - pesquisa e/ou dosagem                                                     | R\$ 11,28    |
| 40302520 | Transferrina - pesquisa e/ou dosagem                                                                                             | R\$ 18,82    |
| 40302547 | Triglicerídeos - pesquisa e/ou dosagem                                                                                           | R\$ 8,50     |
| 40302563 | TRIPSINA IMUNOREATIVA, NEONATAL                                                                                                  | R\$ 21,84    |
| 40302571 | Troponina - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                | R\$ 51,95    |
| 40302580 | Uréia - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                    | R\$ 6,13     |
| 40302598 | Urobilinogênio - pesquisa e/ou dosagem                                                                                           | R\$ 5,36     |
| 40302601 | Vitamina A, pesquisa e/ou dosagem                                                                                                | R\$ 109,89   |
| 40302610 | Vitamina E - pesquisa e/ou dosagem                                                                                               | R\$ 109,89   |
| 40302628 | Xilose, teste de absorção à                                                                                                      | R\$ 28,13    |
| 40302636 | Lipídios totais - pesquisa e/ou dosagem                                                                                          | R\$ 13,51    |
| 40302644 | TESTE DE TOLERANCIA A MALTOSE                                                                                                    | R\$ 27,09    |
| 40302652 | MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA urina 24 horas                                                                                     | R\$ 24,58    |
| 40302679 | Ocitocinase, pesquisa e/ou dosagem                                                                                               | R\$ 23,06    |
| 40302687 | PROCALCITONINA                                                                                                                   | R\$ 240,95   |
| 40302695 | Colesterol (VLDL) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                        | R\$ 11,28    |
| 40302709 | Teste oral de tolerância à glicose - 2 dosagens                                                                                  | R\$ 19,84    |
| 40302717 | Eletroforese de proteínas de alta resolução                                                                                      | R\$ 61,61    |
| 40302725 | Imunofixação - cada fração (IGA,IGGOU IGM)                                                                                       | R\$ 87,21    |
| 40302725 | IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS EM URINA DE 24 HORAS                                                                                   | R\$ 209,60   |
| 40302725 | IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS URINA ISOLADA                                                                                          | R\$ 143,55   |
| 40302733 | Hemoglobina glicada (Fração A1c) - pesquisa e/ou dosagem                                                                         | R\$ 41,78    |
| 40302741 | Lamotrigina - pesquisa e/ou dosagem                                                                                              | R\$ 340,93   |
| 40302750 | Perfil lipídico / lipidograma (lipídios totais, colesterol, triglicerídios e eletroforese lipoproteínas) - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 42,96    |
| 40302768 | PAPP-A - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                   | R\$ 200,30   |

|          |                                                                                                   |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40302776 | Peptídeo natriurético BNP/PROBNP - pesquisa e/ou dosagem                                          | R\$ 126,61 |
| 40302784 | VITAMINA B1 (Tiamina), pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 244,66 |
| 40302792 | VITAMINA B2 (Riboflavina), pesquisa e/ou dosagem                                                  | R\$ 324,03 |
| 40302806 | VITAMINA B3 (Niacina), pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 416,64 |
| 40302814 | Vitamina B6 (piridoxina), pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 130,05 |
| 40302830 | Vitamina "D" 25 HIDROXI, pesquisa e/ou dosagem (Vitamina D3)                                      | R\$ 27,93  |
| 40302849 | VITAMINA K, pesquisa e/ou dosagem                                                                 | R\$ 581,47 |
| 40303012 | Alfa -1-antitripsina, (fezes) - pesquisa e/ou dosagem                                             | R\$ 29,48  |
| 40303020 | Anal Swab, pesquisa de oxiúrus                                                                    | R\$ 8,96   |
| 40303039 | Coprológico funcional (caracteres, pH, digestibilidade, amônia, ácidos orgânicos e interpretação) | R\$ 20,73  |
| 40303047 | EOSINOFILOS, pesquisa - fezes                                                                     | R\$ 6,15   |
| 40303055 | Gordura fecal, dosagem                                                                            | R\$ 34,92  |
| 40303063 | Hematoxilina férrica, pesquisa de protozoários nas fezes                                          | R\$ 8,86   |
| 40303071 | IDENTIFICAÇÃO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS - NAS FEZES                                       | R\$ 6,22   |
| 40303080 | Larvas (fezes), pesquisa                                                                          | R\$ 8,62   |
| 40303098 | Leucócitos e hemácias, pesquisa nas fezes                                                         | R\$ 8,99   |
| 40303101 | Leveduras, pesquisa nas fezes                                                                     | R\$ 5,86   |
| 40303110 | Parasitológico - nas fezes                                                                        | R\$ 14,34  |
| 40303128 | Parasitológico, colheita múltipla com fornecimento do líquido conservante nas fezes               | R\$ 12,30  |
| 40303136 | Sangue oculto, pesquisa nas fezes                                                                 | R\$ 12,52  |
| 40303152 | Substâncias redutoras nas fezes - pesquisa                                                        | R\$ 8,99   |
| 40303160 | Tripsina, prova de (digestão da gelatina)                                                         | R\$ 16,24  |
| 40303179 | Esteatócrito, triagem para gordura fecal                                                          | R\$ 41,50  |
| 40303187 | PIGMENTOS BILIARES, pesquisa                                                                      | R\$ 5,88   |
| 40303195 | PESQUISA DE GORDURA FECAL                                                                         | R\$ 16,12  |
| 40303250 | SANGUE OCULTO NAS FEZES, PESQUISA IMUNOLÓGICA                                                     | R\$ 31,81  |
| 40303284 | ELASTASE PANCREATICA FECAL                                                                        | R\$ 246,03 |
| 40303306 | HEMOGLOBINA A2, CROMATOGRAFIA, sangue                                                             | R\$ 66,97  |
| 40303330 | Dosagem fecal de calprotectina (com diretriz definida pela ANS - nº 134)                          | R\$ 162,61 |
| 40304019 | Anticoagulante lúpico, pesquisa E/OU dosagem                                                      | R\$ 29,25  |
| 40304027 | Anticorpo anti A e B, pesquisa e/ou dosagem                                                       | R\$ 20,48  |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40304035 | PLAQUETAS, ANTICORPOS IgG e IgM                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 228,84 |
| 40304051 | ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37° E TESTE INDIRETO DE COOMBS)                                                                                                                                                  | R\$ 11,06  |
| 40304060 | Antitrombina III, dosagem                                                                                                                                                                                                                               | R\$ 47,23  |
| 40304078 | Ativador tissular de plasminogênio (TPA) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                                                                                        | R\$ 195,47 |
| 40304086 | CD... (antígeno de dif. Celular, cada determinação) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                                                                             | R\$ 99,59  |
| 40304094 | Citoquímica para classificar leucemia: esterase, fosfatase leucocitária, PAS, peroxidase ou SB, etc - cada                                                                                                                                              | R\$ 17,90  |
| 40304108 | Coombs direto                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 9,76   |
| 40304116 | Enzimas eritrocitárias, (adenilatoquinase, desidrogenase láctica, fosfofructoquinase, fosfoglicerato quinase, gliceraldeído, 3 - fosfato desidrogenase, glicose fosfato isomerase, glicose 6 - fosfato desidrogenase, glutathion peroxidase, glutathion | R\$ 18,51  |
| 40304132 | Falcização, teste de                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 5,59   |
| 40304140 | FATOR PLAQUETARIO 4 DOSAGEM DO                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 64,56  |
| 40304159 | Fator II, dosagem                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 81,50  |
| 40304167 | Fator IX, dosagem                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 67,41  |
| 40304175 | Fator V, dosagem                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 78,83  |
| 40304183 | Fator VIII, dosagem                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ 73,12  |
| 40304191 | Fator VIII, dosagem do antígeno (Von Willebrand)                                                                                                                                                                                                        | R\$ 146,89 |
| 40304205 | Fator VIII, dosagem do inibidor                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 141,75 |
| 40304213 | Fator X, dosagem                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 74,59  |
| 40304221 | Fator XI, dosagem                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 83,20  |
| 40304230 | Fator XII, dosagem                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 73,09  |
| 40304248 | Fator XIII, pesquisa                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 82,47  |
| 40304256 | Fenotipagem do sistema RhHr (anti Rho(D) + anti Rh(C) + anti Rh(E))                                                                                                                                                                                     | R\$ 49,64  |
| 40304264 | Fibrinogênio, teste funcional, dosagem                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 8,91   |
| 40304272 | Filária, pesquisa                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 29,90  |
| 40304280 | Grupo ABO, classificação reversa - determinação                                                                                                                                                                                                         | R\$ 10,38  |
| 40304299 | Grupo sanguíneo ABO, e fator Rho (inclui Du) - determinação                                                                                                                                                                                             | R\$ 9,76   |
| 40304302 | Ham, teste de (hemólise ácida)                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 8,08   |
| 40304310 | Heinz, corpúsculos, pesquisa                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 5,99   |
| 40304329 | HEMACIAS FETAIS, pesquisa                                                                                                                                                                                                                               | R\$ 51,17  |
| 40304337 | Hematócrito, determinação do                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 12,53  |

|          |                                                                                     |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40304345 | Hemoglobina, dosagem                                                                | R\$ 12,53  |
| 40304353 | Hemoglobina (eletroforese) - pesquisa e/ou dosagem                                  | R\$ 30,89  |
| 40304353 | ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA                                                          | R\$ 39,99  |
| 40304361 | Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas) | R\$ 13,60  |
| 40304370 | Hemossedimentação, (VHS) - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 6,13   |
| 40304388 | Hemossiderina (siderócitos), sangue ou urina - pesquisa e/ou dosagem                | R\$ 15,13  |
| 40304418 | Leucócitos, contagem                                                                | R\$ 7,96   |
| 40304434 | METAHEMOGLOBINA, DETERMINACAO DA (SANGUE TOTAL)                                     | R\$ 16,73  |
| 40304450 | Plaquetas, teste de agregação (por agente agregante), cada                          | R\$ 64,81  |
| 40304469 | Plasminogênio, dosagem                                                              | R\$ 122,00 |
| 40304477 | Plasmódio, pesquisa                                                                 | R\$ 5,40   |
| 40304485 | MEDULA ÓSSEA, ASPIRAÇÃO PARA MIELOGRAMA OU MICROBIOLÓGICO                           | R\$ 105,06 |
| 40304507 | Proteína C - pesquisa e/ou dosagem                                                  | R\$ 87,18  |
| 40304515 | Proteína S, teste funcional                                                         | R\$ 123,19 |
| 40304523 | Protoporfirina eritrocitária livre - zinco - pesquisa e/ou dosagem                  | R\$ 18,37  |
| 40304531 | Prova do laço                                                                       | R\$ 3,70   |
| 40304540 | Resistência globular, curva de                                                      | R\$ 7,63   |
| 40304558 | Reticulócitos, contagem                                                             | R\$ 8,91   |
| 40304566 | Retração do coágulo - pesquisa                                                      | R\$ 3,70   |
| 40304574 | Ristocetina, co-fator, teste funcional, dosagem                                     | R\$ 146,12 |
| 40304582 | Tempo de coagulação - determinação                                                  | R\$ 4,01   |
| 40304590 | Tempo de protrombina - determinação                                                 | R\$ 8,91   |
| 40304620 | Tempo de trombina - determinação                                                    | R\$ 12,67  |
| 40304639 | Tempo de tromboplastina parcial ativada - determinação                              | R\$ 8,91   |
| 40304647 | Tripanossoma, pesquisa                                                              | R\$ 5,40   |
| 40304663 | Alfa-2antiplasmina, teste funcional                                                 | R\$ 610,06 |
| 40304671 | Anticorpo antimieloperoxidase, MPO - pesquisa e/ou dosagem                          | R\$ 192,07 |
| 40304680 | Fator VII - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 78,83  |
| 40304698 | FATOR XIII, DOSAGEM, TESTE FUNCIONAL                                                | R\$ 78,83  |
| 40304710 | Imunofenotipagem para hemoglobinúria paroxística noturna (*)                        | R\$ 311,71 |

|          |                                                                                                                                                                          |              |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40304728 | Imunofenotipagem para leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica (*)                                                                                                   | R\$ 793,96   |
| 40304744 | IMUNOFENOTIPAGEM PARA PERFIL IMUNE - NEOPLASIA HEMATOLOGICA                                                                                                              | R\$ 996,65   |
| 40304752 | INIBIDOR DE FATOR IX                                                                                                                                                     | R\$ 375,57   |
| 40304787 | Proteína S livre, dosagem                                                                                                                                                | R\$ 198,48   |
| 40304795 | Células LE - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                                       | R\$ 15,24    |
| 40304850 | Hemoglobinopatia - triagem (El.HB., hemoglob. fetal. reticulócitos, corpos de H, T. falcização hemácias, resist. osmótica, termo estabilidade)                           | R\$ 37,76    |
| 40304884 | Coombs indireto                                                                                                                                                          | R\$ 26,59    |
| 40304892 | Mielograma                                                                                                                                                               | R\$ 104,52   |
| 40304906 | Dímero D - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                                         | R\$ 106,92   |
| 40304914 | Tempo de sangramento (Duke) - determinação                                                                                                                               | R\$ 4,01     |
| 40304922 | COAGULOGRAMA [TS, TC, PROVA DO LAÇO, RETRAÇÃO DO COÁGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DE PROTROMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA, PARCIAL ATIVADO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM | R\$ 48,63    |
| 40304973 | ESTUDO MOLECULAR ALFA-TALASSEMIA HBA1 HBA2 SANGER                                                                                                                        | R\$ 1.319,79 |
| 40305015 | 1,25-dihidroxi vitamina D - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                        | R\$ 83,88    |
| 40305082 | 17-cetosteróides totais (17-CTS) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                 | R\$ 21,96    |
| 40305090 | 17 HIDROXI-PREGNENOLONA                                                                                                                                                  | R\$ 226,78   |
| 40305112 | Ácido 5 hidróxi indol acético, dosagem na urina                                                                                                                          | R\$ 53,42    |
| 40305120 | Ácido homo vanílico - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                              | R\$ 53,20    |
| 40305163 | AMP cíclico - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                                      | R\$ 31,62    |
| 40305210 | Cortisol livre - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                                   | R\$ 45,87    |
| 40305228 | Curva glicêmica (6 dosagens) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                     | R\$ 53,24    |
| 40305236 | Curva insulínica (6 dosagens) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                    | R\$ 220,37   |
| 40305279 | RECEPTOR DE PROGESTERONA OU DE ESTROGENIO IMUNOHISTOQUIMICO                                                                                                              | R\$ 259,92   |
| 40305287 | Enzima conversora da angiotensina (ECA) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                          | R\$ 83,88    |
| 40305295 | Eritropoietina - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                                   | R\$ 70,83    |
| 40305341 | Gad-Ab-antidescarboxilase do ácido - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                               | R\$ 97,75    |
| 40305368 | Glucagon, dosagem                                                                                                                                                        | R\$ 63,29    |

|          |                                                                                               |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40305384 | Hormônio antidiurético (vasopressina) - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 85,38  |
| 40305406 | IGF BP3 (proteína ligadora dos fatores de crescimento "insulin-like") - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 83,88  |
| 40305422 | LEPTINA                                                                                       | R\$ 69,04  |
| 40305449 | N-telopeptídeo - pesquisa e/ou dosagem                                                        | R\$ 99,30  |
| 40305465 | Paratormônio - PTH ou fração (cada) - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 84,98  |
| 40305490 | PIRIDINOLINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM                                                           | R\$ 379,96 |
| 40305503 | PREGNANDIOL                                                                                   | R\$ 21,61  |
| 40305511 | PREGNANTRIOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM                                                          | R\$ 21,13  |
| 40305546 | Prova do LH-Rh, dosagem do FSH sem fornecimento de medicamento (cada)                         | R\$ 79,30  |
| 40305554 | Prova do LH-Rh, dosagem do LH sem fornecimento de medicamento (cada)                          | R\$ 77,95  |
| 40305597 | Estrogênios totais (fenolesteróides) - pesquisa e/ou dosagem                                  | R\$ 24,09  |
| 40305600 | IODO PROTEICO [PBI], PESQUISA E/OU DOSAGEM                                                    | R\$ 27,19  |
| 40305619 | HORMÔNIO LACTOGÊNIO PLACENTÁRIO, PESQUISA E/OU DOSAGEM                                        | R\$ 73,54  |
| 40305627 | Provas de função tireoideana (T3, T4, índices e TSH)                                          | R\$ 75,77  |
| 40305740 | 11-desoxicorticosterona - pesquisa e/ou dosagem                                               | R\$ 80,00  |
| 40305759 | Hormônio Gonodotrófico Coriônico Qualitativo (Hcg-Beta-Hcg) - Pesquisa                        | R\$ 21,29  |
| 40305767 | Hormônio gonodotrófico coriônico quantitativo (HCG-Beta-HCG) - dosagem                        | R\$ 26,38  |
| 40305775 | Macroprolactina - pesquisa e/ou dosagem                                                       | R\$ 85,70  |
| 40306011 | Adenovírus, IgG - pesquisa e/ou dosagem                                                       | R\$ 41,51  |
| 40306017 | 17 OHP BASAL, TESTE DE ESTIMULO COM CORTROSINA                                                | R\$ 37,28  |
| 40306020 | Adenovírus, IgM - pesquisa e/ou dosagem                                                       | R\$ 49,72  |
| 40306046 | Anticandida - IgG e IgM (cada) - pesquisa e/ou dosagem                                        | R\$ 32,22  |
| 40306054 | Anti-actina - pesquisa e/ou dosagem                                                           | R\$ 100,70 |
| 40306062 | Anti-DNA - pesquisa e/ou dosagem                                                              | R\$ 22,42  |
| 40306070 | Anti-JO1 - pesquisa e/ou dosagem                                                              | R\$ 25,59  |
| 40306089 | Anti-LA/SSB - pesquisa e/ou dosagem                                                           | R\$ 24,29  |
| 40306097 | Anti-LKM-1 - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 38,33  |
| 40306100 | ANTI-RNP, PESQUISA E OU DOSAGEM                                                               | R\$ 23,51  |
| 40306119 | Anti-Ro/SSA - pesquisa e/ou dosagem                                                           | R\$ 25,59  |

|          |                                                                        |            |
|----------|------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40306127 | Anti-Sm - pesquisa e/ou dosagem                                        | R\$ 23,49  |
| 40306135 | Anticardiolipina - IgA - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 39,00  |
| 40306143 | Anticardiolipina - IgG - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 23,99  |
| 40306151 | Anticardiolipina - IgM - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 32,93  |
| 40306160 | Anticentrômero - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 17,31  |
| 40306178 | Anticorpo anti-DNAse B - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 31,12  |
| 40306194 | ANTICORPO ANTI VÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL), PESQUISA E OU DOSAGEM      | R\$ 104,24 |
| 40306208 | Anticorpos anti-ilhota de langherans - pesquisa e/ou dosagem           | R\$ 45,40  |
| 40306216 | Anticorpos anti-influenza A, IgG - pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 27,26  |
| 40306224 | Anticorpos anti-influenza A, IgM - pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 30,31  |
| 40306232 | Anticorpos anti-influenza B, IgG - pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 27,26  |
| 40306240 | Anticorpos anti-influenza B, IgM - pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 37,26  |
| 40306259 | Anticorpos antiendomiso - IgG, IgM, IgA (cada) - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 52,37  |
| 40306267 | Anticorpos naturais - isoaglutininas, pesquisas                        | R\$ 19,85  |
| 40306275 | ANTICORPOS NATURAIS ISOAGLUTININAS TITULAGEM                           | R\$ 28,45  |
| 40306283 | Anticortex supra-renal - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 51,49  |
| 40306291 | Antiescleroderma (SCL 70) - pesquisa e/ou dosagem                      | R\$ 24,91  |
| 40306305 | Antigliadina (glúten) - IgA - pesquisa e/ou dosagem                    | R\$ 33,35  |
| 40306313 | Antigliadina (glúten) - IgG - pesquisa e/ou dosagem                    | R\$ 24,29  |
| 40306321 | GLIADINA IgM, ANTICORPOS ANTI                                          | R\$ 35,66  |
| 40306330 | Antimembrana basal - pesquisa e/ou dosagem                             | R\$ 48,96  |
| 40306348 | Antimicrosomal - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 34,77  |
| 40306356 | Antimitocondria - pesquisa e/ou dosagem                                | R\$ 25,60  |
| 40306364 | Antimitocondria, M2 - pesquisa e/ou dosagem                            | R\$ 57,75  |
| 40306372 | Antimúsculo cardíaco - pesquisa e/ou dosagem                           | R\$ 23,63  |
| 40306380 | Antimúsculo estriado - pesquisa e/ou dosagem                           | R\$ 41,87  |
| 40306399 | Antimúsculo liso - pesquisa e/ou dosagem                               | R\$ 24,29  |
| 40306402 | Antineutrófilos (anca) C - pesquisa e/ou dosagem                       | R\$ 35,73  |
| 40306410 | Antineutrófilos (anca) P - pesquisa e/ou dosagem                       | R\$ 34,19  |
| 40306429 | Antiparietal - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 24,29  |
| 40306437 | Antiperoxidase tireoideana - pesquisa e/ou dosagem                     | R\$ 40,49  |
| 40306445 | Aslo - pesquisa e/ou dosagem                                           | R\$ 15,41  |
| 40306453 | Aspergilus, reação sorológica                                          | R\$ 43,19  |

|          |                                                                                                  |              |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40306461 | Avidez de IgG para toxoplasmose, citomegalia, rubéola, EB e outros, cada - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 52,37    |
| 40306470 | Beta-2-microglobulina - pesquisa e/ou dosagem                                                    | R\$ 52,37    |
| 40306488 | Biotinidase atividade da, qualitativo - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 28,82    |
| 40306496 | Blastomicose, reação sorológica                                                                  | R\$ 22,85    |
| 40306500 | Brucela - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 38,22    |
| 40306518 | Brucela - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 44,96    |
| 40306526 | Brucela, prova rápida                                                                            | R\$ 9,89     |
| 40306534 | C1q - pesquisa e/ou dosagem                                                                      | R\$ 60,39    |
| 40306550 | C3A (fator B) - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 43,55    |
| 40306569 | CA 50, PESQUISA E/OU DOSAGEM                                                                     | R\$ 95,64    |
| 40306577 | CA-242 - pesquisa e/ou dosagem                                                                   | R\$ 64,12    |
| 40306585 | CA 27.29 MARCADOR TUMORAL                                                                        | R\$ 864,47   |
| 40306593 | Caxumba, IgG - pesquisa e/ou dosagem                                                             | R\$ 66,08    |
| 40306607 | Caxumba, IgM - pesquisa e/ou dosagem                                                             | R\$ 67,74    |
| 40306615 | Chagas IgG - pesquisa e/ou dosagem                                                               | R\$ 23,49    |
| 40306623 | Chagas IgM - pesquisa e/ou dosagem                                                               | R\$ 31,73    |
| 40306631 | Chlamydia - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                                          | R\$ 34,40    |
| 40306640 | Chlamydia - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                                          | R\$ 45,40    |
| 40306658 | Cisticercose, AC - pesquisa e/ou dosagem                                                         | R\$ 44,69    |
| 40306666 | Citomegalovírus IgG - pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 23,64    |
| 40306674 | Citomegalovírus IgM - pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 28,71    |
| 40306682 | Clostridium difficile, toxina A - pesquisa e/ou dosagem                                          | R\$ 56,81    |
| 40306690 | Complemento C2 - pesquisa e/ou dosagem                                                           | R\$ 56,32    |
| 40306704 | COMPLEMENTO C3                                                                                   | R\$ 19,07    |
| 40306712 | Complemento C4 - pesquisa e/ou dosagem                                                           | R\$ 22,01    |
| 40306720 | COMPLEMENTO C5                                                                                   | R\$ 74,65    |
| 40306739 | Complemento CH-100 - pesquisa e/ou dosagem                                                       | R\$ 20,68    |
| 40306747 | COMPLEMENTO - CH50                                                                               | R\$ 18,25    |
| 40306755 | Crio-aglutinina, globulina, dosagem, cada                                                        | R\$ 16,35    |
| 40306763 | Crio-aglutinina, globulina, pesquisa, cada                                                       | R\$ 10,46    |
| 40306771 | CROSS MATCH HISTOCOMPATIBILIDADE CRUZADA                                                         | R\$ 1.108,72 |
| 40306780 | CULTURA OU ESTIMULACAO DOS LINFOCITOS "IN VITRO" POR CONCANAVALLINA PHA OU POKEWEED              | R\$ 63,60    |
| 40306798 | Dengue - IgG e IgM (cada) - pesquisa e/ou dosagem                                                | R\$ 45,40    |
| 40306801 | Echovírus (painel) sorologia para                                                                | R\$ 99,37    |
| 40306810 | Equinococose (Hidatidose), reação sorológica                                                     | R\$ 14,19    |

|          |                                                                                     |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40306828 | HIDATIDOSE ECHINOCOCCUS (HIDATIDOSE), IDR - PESQUISA E/OU DOSAGEM                   | R\$ 9,57   |
| 40306852 | Fator antinúcleo, (FAN) - pesquisa e/ou dosagem                                     | R\$ 18,66  |
| 40306860 | Fator reumatóide, quantitativo - pesquisa e/ou dosagem                              | R\$ 15,48  |
| 40306879 | Filaria sorologia - pesquisa e/ou dosagem                                           | R\$ 24,91  |
| 40306887 | GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA                                                          | R\$ 525,76 |
| 40306895 | Giardia, reação sorológica                                                          | R\$ 36,26  |
| 40306909 | Helicobacter pylori - IgA - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 154,11 |
| 40306917 | Helicobacter pylori - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 38,82  |
| 40306925 | Helicobacter pylori - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 52,37  |
| 40306933 | Hepatite A - HAV - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                      | R\$ 28,41  |
| 40306941 | Hepatite A - HAV - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                      | R\$ 30,80  |
| 40306950 | Hepatite B - HBCAC - IgG (anti-core IgG ou Acoreg) - pesquisa e/ou dosagem          | R\$ 28,41  |
| 40306968 | Hepatite B - HBCAC - IgM (anti-core IgM ou Acorem) - pesquisa e/ou dosagem          | R\$ 32,22  |
| 40306976 | Hepatite B - HBeAC (anti HBE) - pesquisa e/ou dosagem                               | R\$ 28,41  |
| 40306984 | Hepatite B - HBeAG (antígeno "E") - pesquisa e/ou dosagem                           | R\$ 28,41  |
| 40306992 | Hepatite B - HBSAC (anti-antígeno de superfície) - pesquisa e/ou dosagem (ANTI HBS) | R\$ 26,35  |
| 40307018 | Hepatite B - HBSAG (AU, antígeno austrália) - pesquisa e/ou dosagem                 | R\$ 34,85  |
| 40307026 | Hepatite C - anti-HCV - pesquisa e/ou dosagem                                       | R\$ 39,00  |
| 40307034 | HEPATITE C - ANTI HCV - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM                                 | R\$ 87,91  |
| 40307042 | Hepatite C - imunoblot - pesquisa e/ou dosagem                                      | R\$ 204,40 |
| 40307050 | Hepatite delta, anticorpo IgG - pesquisa e/ou dosagem                               | R\$ 54,79  |
| 40307069 | Hepatite delta, anticorpo IgM - pesquisa e/ou dosagem                               | R\$ 84,32  |
| 40307077 | HEPATITE DELTA, ANTÍGENO - PESQUISA E/OU DOSAGEM                                    | R\$ 83,46  |
| 40307085 | Herpes simples - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                        | R\$ 43,25  |
| 40307093 | Herpes simples - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                        | R\$ 45,49  |
| 40307107 | Herpes zoster - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 26,45  |
| 40307115 | Herpes zoster - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 28,42  |
| 40307131 | HISTAMINA, DOSAGEM                                                                  | R\$ 274,22 |
| 40307140 | Histona - pesquisa e/ou dosagem                                                     | R\$ 88,98  |
| 40307158 | Histoplasmose, reação sorológica                                                    | R\$ 38,95  |

|          |                                                                               |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40307174 | HIV1 ou HIV2, pesquisa de anticorpos                                          | R\$ 39,79  |
| 40307182 | HIV1+ HIV2, (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos                   | R\$ 52,12  |
| 40307190 | HLA-DR - pesquisa e/ou dosagem                                                | R\$ 523,35 |
| 40307204 | HLA-DR+DQ - pesquisa e/ou dosagem                                             | R\$ 338,99 |
| 40307212 | HTLV1 ou HTLV2 pesquisa de anticorpo (cada)                                   | R\$ 54,10  |
| 40307220 | IgA - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 18,25  |
| 40307239 | IMUNOGLOBULINA IgA, saliva                                                    | R\$ 103,87 |
| 40307247 | IgD - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 39,00  |
| 40307255 | IgE, grupo específico, cada - pesquisa e/ou dosagem                           | R\$ 29,05  |
| 40307263 | IgE, por alérgeno (cada) - pesquisa e/ou dosagem                              | R\$ 28,41  |
| 40307271 | IgE, total - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 27,14  |
| 40307280 | IgG - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 15,61  |
| 40307298 | IgG, subclasses 1,2,3,4 (cada) - pesquisa e/ou dosagem                        | R\$ 77,71  |
| 40307301 | IgM - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 18,25  |
| 40307310 | Imunocomplexos circulantes - pesquisa e/ou dosagem                            | R\$ 30,16  |
| 40307336 | Imunoeletroforese (estudo da gamopatia) - pesquisa e/ou dosagem               | R\$ 180,99 |
| 40307387 | Legionella - IgG e IgM (cada) - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 81,25  |
| 40307395 | Leishmaniose - IgG e IgM (cada) - pesquisa e/ou dosagem                       | R\$ 35,67  |
| 40307409 | Leptospirose - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 37,44  |
| 40307417 | Leptospirose - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 39,00  |
| 40307425 | Leptospirose, aglutinação - pesquisa                                          | R\$ 22,85  |
| 40307433 | Linfócitos T "helper" contagem de (IF com OKT-4) (CD-4+) citometria de fluxo  | R\$ 57,10  |
| 40307441 | Linfócitos T supressores contagem de (IF com OKT-8) (D-8) citometria de fluxo | R\$ 72,32  |
| 40307450 | Listeriose, reação sorológica                                                 | R\$ 24,27  |
| 40307468 | Lyme - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 67,02  |
| 40307476 | Lyme - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 70,46  |
| 40307484 | Malária - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 23,63  |
| 40307492 | Malária - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 27,68  |
| 40307514 | MCA ANTIGENO CARCINOMAMARIO                                                   | R\$ 42,87  |
| 40307522 | Micoplasma pneumoniae - IgG - pesquisa e/ou dosagem                           | R\$ 61,93  |
| 40307530 | Micoplasma pneumoniae - IgM - pesquisa e/ou dosagem                           | R\$ 77,71  |

|          |                                                                                  |            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40307565 | Mononucleose - Epstein BARR - IgG - pesquisa e/ou dosagem                        | R\$ 26,66  |
| 40307573 | Mononucleose, anti-VCA (EBV) IgG - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 34,40  |
| 40307581 | Mononucleose, anti-VCA (EBV) IgM - pesquisa e/ou dosagem                         | R\$ 38,85  |
| 40307581 | EPSTEIN BAAR, IGM - ANTI-EBV - IGM LIQUOR                                        | R\$ 132,67 |
| 40307603 | OUTROS TESTES BIOQUÍMICOS PARA DETERMINAÇÃO DO RISCO FETAL (CADA)                | R\$ 107,78 |
| 40307611 | Parvovírus - IgG, IgM (cada) - pesquisa e/ou dosagem                             | R\$ 84,34  |
| 40307620 | Peptídio intestinal vasoativo, dosagem                                           | R\$ 483,82 |
| 40307638 | PPD (tuberculina), IDeR                                                          | R\$ 40,75  |
| 40307689 | Reação sorológica para coxsackie, neutralização IgG                              | R\$ 135,55 |
| 40307697 | Rubéola - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 25,98  |
| 40307700 | Rubéola - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 33,99  |
| 40307719 | Schistosomose - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                      | R\$ 22,49  |
| 40307727 | SOROLOGIA P SCHISTOSSOMOSE IGM                                                   | R\$ 29,38  |
| 40307735 | Sífilis - FTA-ABS-IgG - pesquisa                                                 | R\$ 15,61  |
| 40307743 | Sífilis - FTA-ABS-IgM - pesquisa                                                 | R\$ 18,65  |
| 40307751 | Treponema (Sífilis), Anticorpos Totais                                           | R\$ 14,95  |
| 40307760 | Sífilis - VDRL                                                                   | R\$ 11,70  |
| 40307794 | Toxocara canis - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                     | R\$ 26,34  |
| 40307808 | Toxocara canis - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                     | R\$ 27,68  |
| 40307824 | Toxoplasmose IgG - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 23,67  |
| 40307832 | Toxoplasmose IgM - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 28,71  |
| 40307840 | HELICOBACTER PYLORI ANATOMOPATOLOGICO                                            | R\$ 10,57  |
| 40307867 | Waler-Rose (fator reumatóide) - pesquisa e/ou dosagem                            | R\$ 10,85  |
| 40307875 | Western Blot (anticorpos anti-HIV) - pesquisa e/ou dosagem                       | R\$ 299,31 |
| 40307883 | Western Blot (anticorpos anti-HTVI ou HTLVII) (cada) - pesquisa e/ou dosagem     | R\$ 228,87 |
| 40307891 | Widal, reação de                                                                 | R\$ 10,25  |
| 40307921 | Anti-hialuronidase, determinação da                                              | R\$ 80,14  |
| 40307948 | Antifgado (glomérulo, tub. Renal corte rim de rato), IFI - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 108,63 |
| 40307972 | CHAGAS REACAO DE MACHADO GUERREIRO                                               | R\$ 27,98  |

|          |                                                                           |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40307999 | Complemento C3, C4 - turbid. ou nefolométrico C3A - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 36,51  |
| 40308014 | Crioglobulinas, caracterização - imunoeletroforese                        | R\$ 22,73  |
| 40308030 | Fator reumatóide, teste do látex (qualitativo) - pesquisa                 | R\$ 14,58  |
| 40308081 | HIDATIDOSE ECHINOCOCCUS PESQUISA DE ANTICORPOS SORO                       | R\$ 30,16  |
| 40308090 | NBT estimulado                                                            | R\$ 42,53  |
| 40308120 | Sarampo - anticorpos IgG - pesquisa e/ou dosagem                          | R\$ 50,89  |
| 40308138 | Sarampo - anticorpos IgM - pesquisa e/ou dosagem                          | R\$ 56,36  |
| 40308154 | Toxoplasmose - IgA - pesquisa e/ou dosagem                                | R\$ 78,63  |
| 40308162 | Varicela, IgG - pesquisa e/ou dosagem                                     | R\$ 66,30  |
| 40308162 | VARICELA ZOSTER - Anticorpos IgG Líquor                                   | R\$ 200,62 |
| 40308170 | Varicela, IgM - pesquisa e/ou dosagem                                     | R\$ 77,59  |
| 40308170 | VARICELA ZOSTER - Anticorpos IgM, Líquor                                  | R\$ 228,07 |
| 40308200 | Weil Felix (Rickettsiose), reação de aglutinação                          | R\$ 246,36 |
| 40308219 | ANTI - SACCHAROMYCES CEREVISIAE - IGA E IGG                               | R\$ 255,92 |
| 40308251 | PROTEÍNA AMILOIDE A - PESQUISA E/OU DOSAGEM                               | R\$ 89,83  |
| 40308308 | Amebíase, IgG - pesquisa e/ou dosagem                                     | R\$ 45,90  |
| 40308316 | AMEBIASE IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM                                      | R\$ 32,31  |
| 40308340 | Mononucleose, sorologia para (Monoteste ou Paul-Bunnel), cada             | R\$ 22,69  |
| 40308359 | Psitacose - IgG - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 63,27  |
| 40308359 | ANTI CHLAMYDIA PISTACHI IGG                                               | R\$ 101,40 |
| 40308367 | Psitacose - IgM - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 80,33  |
| 40308375 | Psitacose - IgA - pesquisa e/ou dosagem                                   | R\$ 106,25 |
| 40308391 | Proteína C reativa, quantitativa - pesquisa e/ou dosagem                  | R\$ 29,06  |
| 40308405 | ASLO, Antiestreptolisina O                                                | R\$ 27,27  |
| 40308413 | BLASTOMICOSE, ANTICORPOS (Paracoccidioidomicose)                          | R\$ 70,12  |
| 40308421 | AMEBA, PESQUISA                                                           | R\$ 57,78  |
| 40308456 | CITOSOL HEPATICO TIPO 1                                                   | R\$ 317,86 |
| 40308529 | ANTICORPOS ANTIPENUMOCOCOS                                                | R\$ 258,83 |
| 40308553 | TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL IgA, ANTICORPOS ANTI                            | R\$ 69,01  |
| 40308561 | TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL IgG, ANTICORPOS ANTI                            | R\$ 57,02  |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40308596 | ANTICORPOS ANTIADRENAL 21HIDROXILASE                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 687,22   |
| 40308626 | ANTICORPOS ANTI ANTIGENO HEPATICO SOLUVEL SLA                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 608,17   |
| 40308642 | ANTICORPO ANTI COLAGENO II                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 1.022,15 |
| 40308650 | FATOR INTRINSECO AUTO ANTICORPOS                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 128,47   |
| 40308677 | ANTI FIBRILARINA                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 150,85   |
| 40308758 | ANTICORPOS ANTI MAG IGG                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 287,32   |
| 40308758 | ANTICORPOS ANTI MAG IGM                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 323,88   |
| 40308774 | MIELINA ANTICORPOS [SORO]                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 640,20   |
| 40308782 | Anticorpos anti neuronal nuclear 1 e 2 LCR                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 148,06   |
| 40308804 | Anticorpos anti peptídeo citrulinado cíclico IGG                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 231,70   |
| 40308898 | BETA 2 GLICOPROTEINA 1 AUTOANTICORPOS IGG/IGM                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 88,41    |
| 40308901 | ACETILCOLINA, ANTICORPOS BLOQUEADOR RECEPTOR                                                                                                                                                                                                                               | R\$ 1.563,58 |
| 40308910 | ANTICORPOS ANTI CANAIS DE CALCIO SORO                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 1.438,12 |
| 40308960 | ANTICORPOS IGG ANTI GANGLIOSÍDEOS - GM1                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 727,48   |
| 40308960 | ANTICORPOS IGM ANTI GANGLIOSÍDEOS - GM1                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 991,61   |
| 40309010 | Adenosina de aminase (ADA) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                                                                                   | R\$ 65,56    |
| 40309037 | Células, contagem total e específica - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                                                                         | R\$ 9,78     |
| 40309045 | Células, pesquisa de células neoplásicas (citologia oncótica) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                                                | R\$ 45,86    |
| 40309053 | Criptococose, cândida, aspérgilus (látex) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                                                                    | R\$ 24,29    |
| 40309061 | Eletroforese de proteínas no líquido, com concentração - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                                                       | R\$ 29,43    |
| 40309070 | H. Influenzae, S. Pneumoniae, N. Meningitidis A, B e C W135 (cada) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                                           | R\$ 29,43    |
| 40309100 | LIQUOR - LCR AMBULATORIAL ROTINA (aspectos cor + índice de cor + contagem global e específica de leucócitos e hemácias + citologia oncótica + proteína + glicose + cloro + eletroforese com concentração + igG + reações para neurocisticercose (2) + reações neuroles (2) | R\$ 138,02   |

|          |                                                                                                                                                                                                              |            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40309126 | LÍQUOR - LCR PRONTO SOCORRO ( aspectos cor + índice de cor + contagem global e específica de leucócitos e hemácias + proteína + glicose + cloro + lactato + bacterioscopai + cultura + látex para bactérias) | R\$ 105,73 |
| 40309134 | Pesquisa de bandas oligoclonais por isofocalização - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                             | R\$ 215,89 |
| 40309169 | Punção lombar com manometria para coleta de líquido cefalorraqueano                                                                                                                                          | R\$ 102,94 |
| 40309304 | Anticorpo antiespermatozóide - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                   | R\$ 27,68  |
| 40309312 | Espermograma (caracteres físicos, pH, fluidificação, motilidade, vitalidade, contagem e morfologia)                                                                                                          | R\$ 42,68  |
| 40309320 | Espermograma e teste de penetração "in vitro", velocidade penetração vertical, colocação vital, teste de revitalização                                                                                       | R\$ 39,27  |
| 40309401 | TESTE DE CLEMENTS                                                                                                                                                                                            | R\$ 5,20   |
| 40309509 | Cristais com luz polarizada - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos                                                                                                                                    | R\$ 10,81  |
| 40309525 | Rotina líquido sinovial - caracteres físicos, citologia, proteínas, ácido úrico, látex p/ F.R., BACT.                                                                                                        | R\$ 28,92  |
| 40309525 | ROTINA DE LIQUIDO ASCITICO                                                                                                                                                                                   | R\$ 70,42  |
| 40309525 | ROTINA DE LIQUIDO PERICARDICO                                                                                                                                                                                | R\$ 48,49  |
| 40309525 | ROTINA DER./PLEURAL                                                                                                                                                                                          | R\$ 66,93  |
| 40310019 | A fresco, exame                                                                                                                                                                                              | R\$ 10,98  |
| 40310035 | Antibiograma p/ bacilos álcool-resistentes - drogas de 2 linhas                                                                                                                                              | R\$ 41,40  |
| 40310043 | ANTIGENOS FUNGICOS PESQUISA                                                                                                                                                                                  | R\$ 32,61  |
| 40310051 | B.A.A.R. (Ziehl ou fluorescência, pesquisa direta e após homogeneização) - pesquisa                                                                                                                          | R\$ 10,92  |
| 40310060 | Bacterioscopia (Gram, Ziehl, Albert etc), por lâmina                                                                                                                                                         | R\$ 10,98  |
| 40310078 | Chlamydia, cultura                                                                                                                                                                                           | R\$ 39,27  |
| 40310116 | CRIPTOSPORIDIUM                                                                                                                                                                                              | R\$ 11,45  |
| 40310124 | CULTURA BACTERIANA, EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS                                                                                                                                                         | R\$ 30,89  |
| 40310132 | CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS                                                                                                                                                                           | R\$ 41,40  |
| 40310140 | Cultura para fungos                                                                                                                                                                                          | R\$ 29,66  |
| 40310159 | Cultura para mycobacterium                                                                                                                                                                                   | R\$ 28,33  |
| 40310175 | Cultura, fezes: salmonela, shigellae e esc. Coli enteropatogênicas, enteroinvasora (sorol. Incluída) + campylobacter SP. + E. Coli entero-hemorrágica                                                        | R\$ 45,90  |

|          |                                                                                                           |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40310183 | Cultura, fezes: salmonella, shigella e escherichia coli enteropatogênicas (sorologia incluída)            | R\$ 37,68  |
| 40310205 | Cultura, micoplasma ou ureaplasma                                                                         | R\$ 54,76  |
| 40310213 | Cultura, urina com contagem de colônias                                                                   | R\$ 23,07  |
| 40310230 | Fungos, pesquisa de (a fresco lactofenol, tinta da China)                                                 | R\$ 10,97  |
| 40310248 | Hemocultura (por amostra)                                                                                 | R\$ 30,21  |
| 40310256 | Hemocultura automatizada (por amostra)                                                                    | R\$ 52,39  |
| 40310264 | HEMOCULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS POR AMOSTRA                                                        | R\$ 42,86  |
| 40310272 | Hemophilus (bordetella) pertussis - pesquisa                                                              | R\$ 66,27  |
| 40310280 | Hansen, pesquisa de (por material)                                                                        | R\$ 10,84  |
| 40310299 | Leptospira (campo escuro após concentração) pesquisa                                                      | R\$ 9,23   |
| 40310329 | Pneumocysti carinii, pesquisa por coloração especial                                                      | R\$ 23,63  |
| 40310337 | Rotavírus, pesquisa, Elisa                                                                                | R\$ 36,00  |
| 40310345 | Treponema (campo escuro), pesquisa                                                                        | R\$ 9,03   |
| 40310370 | Microsporídia, pesquisa nas fezes                                                                         | R\$ 9,37   |
| 40310388 | Sarcoptes scabiei, pesquisa                                                                               | R\$ 5,89   |
| 40310400 | Cultura automatizada - MICROBIOLOGIA                                                                      | R\$ 47,89  |
| 40310418 | ANTIBIOGRAMA - (TESTE DE SENSIBILIDADE E ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS), POR BACTÉRIA - NÃO AUTOMATIZADO | R\$ 31,39  |
| 40310426 | Antibiograma automatizado                                                                                 | R\$ 53,63  |
| 40310434 | LEISHMANIA, PESQUISA                                                                                      | R\$ 17,81  |
| 40310604 | ANTIFUNGIOGRAMA                                                                                           | R\$ 80,23  |
| 40311015 | Ácido cítrico - pesquisa e/ou dosagem na urina                                                            | R\$ 27,63  |
| 40311023 | Ácido homogentísico - pesquisa e/ou dosagem na urina                                                      | R\$ 14,39  |
| 40311031 | ALCAPTONURIA PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA                                                               | R\$ 10,88  |
| 40311040 | Cálculos urinários - análise                                                                              | R\$ 27,28  |
| 40311058 | Catecolaminas fracionadas - dopamina, epinefrina, norepinefrina (cada) - pesquisa e/ou dosagem na urina   | R\$ 133,09 |
| 40311066 | CISTINÚRIA PESQUISA                                                                                       | R\$ 27,78  |
| 40311074 | Coproporfirina III - pesquisa e/ou dosagem na urina                                                       | R\$ 27,78  |
| 40311082 | Corpos cetônicos, pesquisa - na urina                                                                     | R\$ 6,08   |
| 40311090 | Cromatografia de açúcares - na urina                                                                      | R\$ 36,30  |

|          |                                                                                                                   |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40311104 | Dismorfismo eritrocitário, pesquisa (contraste de fase) - na urina                                                | R\$ 11,19  |
| 40311112 | Erros inatos do metabolismo baterias de testes químicos de triagem em urina (mínimo de 6 testes)                  | R\$ 249,85 |
| 40311112 | ERROS INATOS DO METABOLISMO, TRIAGEM AMPLIADA (SANGUE E URINA)                                                    | R\$ 852,72 |
| 40311120 | Frutossúria, pesquisa                                                                                             | R\$ 7,75   |
| 40311147 | LIPOIDES, PESQUISA - NA URINA                                                                                     | R\$ 6,15   |
| 40311155 | Melanina, pesquisa - na urina                                                                                     | R\$ 36,55  |
| 40311163 | Metanefrinas urinárias, dosagem                                                                                   | R\$ 76,22  |
| 40311171 | MICROALBUMINURIA                                                                                                  | R\$ 35,13  |
| 40311180 | Pesquisa ou dosagem de um componente urinário                                                                     | R\$ 10,64  |
| 40311198 | Porfobilinogênio, pesquisa - na urina                                                                             | R\$ 6,25   |
| 40311201 | Proteínas de Bence Jones, pesquisa - na urina                                                                     | R\$ 10,97  |
| 40311210 | Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia)                                        | R\$ 14,12  |
| 40311228 | Uroporfirinas, dosagem                                                                                            | R\$ 10,53  |
| 40311236 | 2,5-hexanodiona, dosagem na urina                                                                                 | R\$ 28,57  |
| 40311244 | Cistina - pesquisa e/ou dosagem na urina                                                                          | R\$ 44,42  |
| 40311252 | PORFOBILINOGENIO, PESQUISA (URINA ISOLADA)                                                                        | R\$ 28,04  |
| 40311260 | ACIDEZ TITULAVEL, pesquisa e/ou dosagem na urina                                                                  | R\$ 6,61   |
| 40311279 | Bartituratos, pesquisa e/ou dosagem na urina / droga barbitúrico                                                  | R\$ 52,00  |
| 40311295 | CONTAGEM SEDIMENTAR DE DE ADDIS                                                                                   | R\$ 12,32  |
| 40311309 | Eletroforese de proteínas urinárias, com concentração                                                             | R\$ 44,83  |
| 40311317 | Fenilcetonúria, pesquisa                                                                                          | R\$ 7,24   |
| 40311341 | Mioglobina, pesquisa - na urina                                                                                   | R\$ 65,87  |
| 40311350 | Osmolalidade, determinação - na urina                                                                             | R\$ 20,77  |
| 40312020 | Cromatina sexual, pesquisa                                                                                        | R\$ 9,83   |
| 40312054 | Muco-nasal, pesquisa de eosinófilos e mastócitos                                                                  | R\$ 11,57  |
| 40312062 | Perfil metabólico para litíase renal: sangue (Ca, P, AU, Cr) urina: (Ca, AU, P, citr, pesq. Cistina) AMP- cíclico | R\$ 83,54  |
| 40312127 | Perfil reumatológico (ácido úrico, eletroforese de proteínas, FAN, VHS, prova do látex P/F. R, W. Rose)           | R\$ 82,87  |
| 40312135 | pH - tornassol - pesquisa                                                                                         | R\$ 13,27  |
| 40312143 | Prova atividade de febre reumática (aslo, eletroforese de proteínas, muco-proteínas e proteína "C" reativa)       | R\$ 79,41  |

|          |                                                                                                                                                       |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40312151 | Provas de função hepática (bilirrubinas, eletroforese de proteínas, FA, TGO, TGP e Gama-PGT)                                                          | R\$ 65,47  |
| 40312160 | Teste do pezinho básico (TSH neonatal + fenilalanina + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)                                                 | R\$ 65,68  |
| 40312178 | Teste do pezinho ampliado (TSH neonatal + 17 OH progesterona + fenilalanina + Tripsina imuno-reativa + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias) | R\$ 122,47 |
| 40313018 | ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO                                                                                                                           | R\$ 18,00  |
| 40313026 | Ácido delta aminolevulínico desidratase (para chumbo inorgânico) - pesquisa e/ou dosagem                                                              | R\$ 21,21  |
| 40313034 | ACIDO FENILGLIOXILICO, urina                                                                                                                          | R\$ 23,04  |
| 40313042 | Ácido hipúrico (para tolueno) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                 | R\$ 19,29  |
| 40313050 | Ácido mandélico (para estireno) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                               | R\$ 19,00  |
| 40313069 | Ácido metilhipúrico (para xilenos) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                            | R\$ 22,69  |
| 40313077 | Ácido salicílico - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                              | R\$ 27,21  |
| 40313093 | Carboxihemoglobina (para monóxido de carbono diclorometano) - pesquisa e/ou dosagem                                                                   | R\$ 12,22  |
| 40313107 | Chumbo - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                        | R\$ 36,80  |
| 40313115 | Colinesterase (para carbamatos organofosforados) - pesquisa e/ou dosagem                                                                              | R\$ 12,35  |
| 40313123 | Coproporfirinas (para chumbo inorgânico) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                      | R\$ 18,92  |
| 40313140 | Etanol - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                        | R\$ 34,92  |
| 40313158 | Fenol (para benzeno, fenol) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                   | R\$ 25,56  |
| 40313166 | Flúor (para fluoretos) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                        | R\$ 18,65  |
| 40313182 | Meta-hemoglobina (para anilina nitrobenzeno) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                  | R\$ 14,88  |
| 40313190 | Metais Al, As, Cd, Cr, Mn, Hg, Ni, Zn, Co, outro (s) absorção atômica (cada) - pesquisa e/ou dosagem                                                  | R\$ 37,91  |
| 40313204 | Metanol - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                                       | R\$ 20,38  |
| 40313212 | P-aminofenol (para anilina) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                                   | R\$ 21,66  |
| 40313239 | Protoporfirinas livres (para chumbo inorgânico) - pesquisa e/ou dosagem                                                                               | R\$ 18,22  |
| 40313247 | Protoporfirinas Zn (para chumbo inorgânico) - pesquisa e/ou dosagem                                                                                   | R\$ 72,48  |

|          |                                                                                                           |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40313255 | Selênio, dosagem                                                                                          | R\$ 34,91  |
| 40313271 | Tiocianato (para cianetos nitrilas alifáticas) - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 29,00  |
| 40313280 | Triclorocompostos totais (para tetracloroetileno, tricloroetano, tricloroetileno) - pesquisa e/ou dosagem | R\$ 21,20  |
| 40313301 | Ácido metil malônico - pesquisa e/ou dosagem                                                              | R\$ 398,07 |
| 40313310 | Cromo - pesquisa e/ou dosagem                                                                             | R\$ 44,42  |
| 40313328 | Zinco - pesquisa e/ou dosagem                                                                             | R\$ 45,49  |
| 40313336 | Salicilatos, pesquisa                                                                                     | R\$ 50,23  |
| 40313344 | Metil Etil Cetona - pesquisa e/ou dosagem                                                                 | R\$ 36,24  |
| 40313360 | BROMETO, sangue                                                                                           | R\$ 255,86 |
| 40314014 | Apolipoproteína E, genotipagem                                                                            | R\$ 273,51 |
| 40314022 | Citomegalovírus - qualitativo, por PCR - pesquisa                                                         | R\$ 281,77 |
| 40314030 | Citomegalovírus - quantitativo, por PCR - pesquisa                                                        | R\$ 394,17 |
| 40314049 | Cromossomo philadelfia - pesquisa                                                                         | R\$ 388,82 |
| 40314057 | Fator V de Leiden por PCR - pesquisa                                                                      | R\$ 335,93 |
| 40314065 | Doenças do gene CFTL (fibrose cística) pesquisa de uma mutação (DF508)                                    | R\$ 243,87 |
| 40314073 | Hepatite B (qualitativo) PCR - pesquisa                                                                   | R\$ 163,39 |
| 40314081 | Hepatite B (quantitativo) PCR - pesquisa                                                                  | R\$ 335,94 |
| 40314090 | HEPATITE C, PCR Qualitativo                                                                               | R\$ 169,09 |
| 40314103 | Hepatite C (quantitativo) por PCR - pesquisa                                                              | R\$ 416,01 |
| 40314111 | Hepatite C - genotipagem - pesquisa                                                                       | R\$ 706,52 |
| 40314120 | HIV - carga viral PCR - pesquisa                                                                          | R\$ 394,64 |
| 40314146 | HIV, genotipagem - pesquisa                                                                               | R\$ 934,60 |
| 40314154 | HPV (vírus do papiloma humano) + subtipagem quando necessário PCR - pesquisa                              | R\$ 280,00 |
| 40314162 | HTLV I / II por PCR (cada) - pesquisa                                                                     | R\$ 467,30 |
| 40314170 | Mycobactéria PCR - pesquisa                                                                               | R\$ 139,02 |
| 40314189 | Parvovírus por PCR - pesquisa                                                                             | R\$ 476,91 |
| 40314197 | PROTEINA S TOTAL + LIVRE PLASMA                                                                           | R\$ 340,26 |
| 40314200 | Rubéola por PCR - pesquisa                                                                                | R\$ 484,59 |
| 40314227 | Toxoplasmose por PCR - pesquisa                                                                           | R\$ 328,23 |
| 40314235 | X frágil por PCR - pesquisa                                                                               | R\$ 490,27 |
| 40314243 | Chlamydia por biologia molecular - pesquisa                                                               | R\$ 269,52 |
| 40314278 | Pesquisa de outros agentes por PCR                                                                        | R\$ 283,84 |
| 40314278 | NEISSERIA GONORRHOEAE, PCR                                                                                | R\$ 144,89 |
| 40314278 | HERPES VIRUS SIMPLES 1 E 2, PCR, CELLPRESERV                                                              | R\$ 221,88 |
| 40314278 | TRICHOMONAS PCR                                                                                           | R\$ 283,59 |
| 40314278 | HERPES VÍRUS SIMPLES 1 E 2, PCR, CELL PRESERV                                                             | R\$ 307,75 |

|          |                                                                                    |              |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40314278 | MYCOPLASMA, PCR                                                                    | R\$ 283,84   |
| 40314278 | MYCOPLASMAS GENITAIS POR PCR                                                       | R\$ 283,84   |
| 40314260 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE, PCR                                                          | R\$ 428,98   |
| 40314286 | Pesquisa de mutação de alelo específico por PCR                                    | R\$ 141,73   |
| 40314286 | Pesquisa de mutação de alelo específico por PCR - HEMOCROMATOSE, 3 MUTACOES        | R\$ 360,26   |
| 40314286 | Pesquisa de mutação de alelo específico por PCR - MUTACOES A1298C E C677T da MTHFR | R\$ 303,68   |
| 40314294 | Resistência a agentes antivirais por biologia molecular (cada droga) - pesquisa    | R\$ 490,27   |
| 40314359 | EPSTEIN BAAR PCR                                                                   | R\$ 583,14   |
| 40314421 | HPV - GENOTIPAGEM EM BLOCO DE PARAFINA                                             | R\$ 492,77   |
| 40314430 | HLA B27, fenotipagem/genotipagem                                                   | R\$ 381,06   |
| 40314448 | HPV ONCOPROTEINAS VIRAIS E6 E7, PESQUISA                                           | R\$ 2.177,23 |
| 40314502 | HIV amplificação do DNA por PCR                                                    | R\$ 390,42   |
| 40314537 | Chlamydia - PCR, ampliação de DNA                                                  | R\$ 528,27   |
| 40314545 | MYCOBACTERIAS, IDENTIFICACAO POR PCR                                               | R\$ 728,72   |
| 40314561 | ZIKA VIRUS, DETECCAO PCR                                                           | R\$ 632,56   |
| 40314618 | SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID 19) - PESQUISA POR RT-PCR                            | R\$ 224,35   |
| 40316017 | 17-alfa-hidroxiprogesterona - pesquisa e/ou dosagem                                | R\$ 41,72    |
| 40316025 | 3 alfa androstenediol glucoronídeo (3ALFDADIOL) - pesquisa e/ou dosagem            | R\$ 63,29    |
| 40316033 | Ácido vanilmandélico (VMA) - pesquisa e/ou dosagem                                 | R\$ 40,62    |
| 40316041 | Adrenocorticotrófico, hormônio (ACTH) - pesquisa e/ou dosagem                      | R\$ 78,89    |
| 40316041 | ACTH (Hormônio Adrenocorticotrófico), Teste de estímulo com DDAPV                  | R\$ 186,11   |
| 40316050 | Aldosterona - pesquisa e/ou dosagem                                                | R\$ 60,91    |
| 40316068 | Alfa-fetoproteína - pesquisa e/ou dosagem                                          | R\$ 47,96    |
| 40316076 | Androstenediona - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 62,40    |
| 40316084 | Anticorpo anti-receptor de TSH (TRAB) - pesquisa e/ou dosagem                      | R\$ 106,55   |
| 40316092 | Anticorpos antiinsulina - pesquisa e/ou dosagem                                    | R\$ 39,00    |
| 40316106 | Anticorpos antitireóide (tireoglobulina) - pesquisa e/ou dosagem                   | R\$ 52,09    |

|          |                                                                                                         |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40316114 | HEPATITE B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBsAg)                                                              | R\$ 30,04  |
| 40316122 | CEA ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO                                                                        | R\$ 52,37  |
| 40316130 | Antígeno específico prostático livre (PSA livre) - pesquisa e/ou dosagem                                | R\$ 49,46  |
| 40316149 | Antígeno específico prostático total (PSA) - pesquisa e/ou dosagem                                      | R\$ 38,16  |
| 40316157 | ANTI-TPO, PESQUISA E/OU DOSAGEM                                                                         | R\$ 137,25 |
| 40316165 | Calcitonina - pesquisa e/ou dosagem                                                                     | R\$ 92,92  |
| 40316173 | Catecolaminas - pesquisa e/ou dosagem                                                                   | R\$ 42,99  |
| 40316181 | Composto S (11-desoxicortisol) - pesquisa e/ou dosagem                                                  | R\$ 64,90  |
| 40316190 | Cortisol - pesquisa e/ou dosagem                                                                        | R\$ 42,64  |
| 40316203 | Crescimento, hormônio do (HGH) - pesquisa e/ou dosagem                                                  | R\$ 30,97  |
| 40316211 | Dehidroepiandrosterona (DHEA) - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 60,91  |
| 40316220 | Dehidrotestosterona (DHT) - pesquisa e/ou dosagem                                                       | R\$ 63,91  |
| 40316238 | TRIAGEM [DROGAS (IMUNOSSUPRESSORA, ANTICONVULSIVANTES, DIGITÁLICOS, ETC.) CADA - PESQUISA E/OU DOSAGEM] | R\$ 44,51  |
| 40316246 | Estradiol - pesquisa e/ou dosagem                                                                       | R\$ 40,23  |
| 40316254 | Estriol - pesquisa e/ou dosagem                                                                         | R\$ 52,09  |
| 40316262 | Estrona - pesquisa e/ou dosagem                                                                         | R\$ 60,91  |
| 40316270 | Ferritina - pesquisa e/ou dosagem                                                                       | R\$ 28,43  |
| 40316289 | Folículo estimulante, hormônio (FSH) - pesquisa e/ou dosagem                                            | R\$ 28,84  |
| 40316297 | Gastrina - pesquisa e/ou dosagem                                                                        | R\$ 51,44  |
| 40316300 | Globulina de ligação de hormônios sexuais (SHBG) - pesquisa e/ou dosagem                                | R\$ 79,15  |
| 40316319 | Globulina transportadora da tiroxina (TBG) - pesquisa e/ou dosagem                                      | R\$ 54,96  |
| 40316327 | Gonadotrófico coriônico, hormônio (HCG) - pesquisa e/ou dosagem                                         | R\$ 20,92  |
| 40316335 | Hormônio luteinizante (LH) - pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 28,84  |
| 40316343 | IMUNOGLOBULINA E                                                                                        | R\$ 19,90  |
| 40316351 | Índice de tiroxina livre (ITL) - pesquisa e/ou dosagem                                                  | R\$ 39,65  |
| 40316360 | Insulina - pesquisa e/ou dosagem                                                                        | R\$ 28,84  |

|          |                                                                                                 |              |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40316378 | Marcadores tumorais (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA 15-3, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem      | R\$ 52,37    |
| 40316386 | Osteocalcina - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 70,83    |
| 40316394 | Peptídeo C - pesquisa e/ou dosagem                                                              | R\$ 33,66    |
| 40316408 | Progesterona - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 30,97    |
| 40316416 | Prolactina - pesquisa e/ou dosagem                                                              | R\$ 36,96    |
| 40316424 | PTH - pesquisa e/ou dosagem                                                                     | R\$ 85,28    |
| 40316432 | Renina - pesquisa e/ou dosagem                                                                  | R\$ 74,61    |
| 40316440 | Somatomedina C (IGF1) - pesquisa e/ou dosagem                                                   | R\$ 77,71    |
| 40316459 | Sulfato de dehidroepiandrosterona (S-DHEA) - pesquisa e/ou dosagem                              | R\$ 40,19    |
| 40316467 | T3 livre - pesquisa e/ou dosagem                                                                | R\$ 31,27    |
| 40316475 | T3 retenção - pesquisa e/ou dosagem                                                             | R\$ 26,22    |
| 40316483 | T3 reverso - pesquisa e/ou dosagem                                                              | R\$ 91,75    |
| 40316491 | T4 livre - pesquisa e/ou dosagem                                                                | R\$ 36,01    |
| 40316505 | Testosterona livre - pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 56,86    |
| 40316513 | Testosterona total - pesquisa e/ou dosagem                                                      | R\$ 47,03    |
| 40316521 | Tireoestimulante, hormônio (TSH) - pesquisa e/ou dosagem                                        | R\$ 31,27    |
| 40316530 | Tireoglobulina - pesquisa e/ou dosagem                                                          | R\$ 51,44    |
| 40316548 | Tiroxina (T4) - pesquisa e/ou dosagem                                                           | R\$ 26,80    |
| 40316556 | Triiodotironina (T3) - pesquisa e/ou dosagem                                                    | R\$ 27,14    |
| 40316572 | Vitamina B12 - pesquisa e/ou dosagem                                                            | R\$ 27,44    |
| 40316637 | ANGIOTENSINA II                                                                                 | R\$ 1.043,44 |
| 40316645 | ANTICORPOS ANTI NUCLEOSSOMO, SORO                                                               | R\$ 98,19    |
| 40316653 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO COMPLEXADO (PSAc)                                                | R\$ 4.182,38 |
| 40316661 | AQUAPORINA 4 AQP4 ANTICORPO IGG SORO                                                            | R\$ 385,40   |
| 40316661 | AQUAPORINA 4 AQP4 ANTICORPOS IGG LIQUOR                                                         | R\$ 519,30   |
| 40316688 | CORTICOSTERONA                                                                                  | R\$ 577,10   |
| 40316718 | CROMOGRANINA A                                                                                  | R\$ 434,18   |
| 40316890 | HORMONIO ANTI MULLERIAN MULLER                                                                  | R\$ 304,91   |
| 40316955 | INSULINA LIVRE                                                                                  | R\$ 221,45   |
| 40317056 | PREGNENOLONA                                                                                    | R\$ 237,07   |
| 40317064 | PRO INSULINA                                                                                    | R\$ 267,41   |
| 40317366 | GRELINA POLIPEPTÍDEO LIBERADOR DA GASTRINA DOSAGEM                                              | R\$ 672,57   |
| 40317390 | CURVA INSULÍNICA E GLICÊMICA [6 DOSAGENS DE GLICOSE POS DEXTROSOL - TEMPOS 0 30 60 90 120 180 ] | R\$ 180,40   |

|          |                                                                             |              |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40317404 | Metanefrinas urinária após clonidina / METANEFRIAS URINÁRIAS APÓS CLONIDINA | R\$ 157,49   |
| 40317412 | PROTEINA RELACIONADA AO PTH PTHRP                                           | R\$ 725,19   |
| 40319032 | KAPPA, CADEIAS LEVES, SORO                                                  | R\$ 79,13    |
| 40319040 | CADEIAS LEVES E LIVRES KAPPA LAMBDA                                         | R\$ 520,55   |
| 40319040 | KAPPA/LAMBDA, CADEIAS LEVES, urina 24 horas                                 | R\$ 219,94   |
| 40319067 | COENZIMA Q10                                                                | R\$ 277,39   |
| 40319075 | Fator alfa necrose tumoral                                                  | R\$ 171,77   |
| 40319113 | HEMACIAS, CONTAGEM                                                          | R\$ 26,59    |
| 40319130 | HEMOGLOBINA FETAL, DOSAGEM                                                  | R\$ 61,29    |
| 40319229 | HEMOGLOBINA H, Pesquisa de corpos de Inclusão                               | R\$ 52,00    |
| 40319318 | ESTUDO MULTIMERICO DO FATOR VON WILLEBRAND                                  | R\$ 1.409,18 |
| 40319326 | PESQUISA DA MUTACAO DA PROTROMBINA                                          | R\$ 289,03   |
| 40319342 | DISFIBRINOGENEMIA PESQUISA                                                  | R\$ 882,88   |
| 40319474 | Hemoglobinopatias, neonatal, sangue periférico                              | R\$ 73,12    |
| 40321029 | DEFICIENCIA DA MCAD                                                         | R\$ 353,88   |
| 40321134 | DROGAS DE ABUSO, TRIAGEM                                                    | R\$ 130,42   |
| 40321240 | INIBINA A, DOSAGEM                                                          | R\$ 122,92   |
| 40321258 | INIBINA B, DOSAGEM                                                          | R\$ 324,52   |
| 40321266 | INTERLEUCINA 10 [IL10]                                                      | R\$ 197,73   |
| 40321274 | INTERLEUCINA 1B - IL-1BETA                                                  | R\$ 725,12   |
| 40321347 | LEVETIRACETAM, DOSAGEM                                                      | R\$ 478,86   |
| 40321398 | METANEFRIAS PLASMATICAS [PLASMA]                                            | R\$ 144,96   |
| 40321444 | OPIACEOS (QUANTITATIVO), URINA                                              | R\$ 253,95   |
| 40321460 | PAROXETINA , DOSAGEM                                                        | R\$ 578,23   |
| 40321550 | SEROTONINA SERICA                                                           | R\$ 66,48    |
| 40321576 | SOMATOSTATINA                                                               | R\$ 345,85   |
| 40321614 | Topiramato, dosagem (sangue)                                                | R\$ 379,05   |
| 40321665 | TRIPTASE, DOSAGEM                                                           | R\$ 578,67   |
| 40321673 | VANADIO, DOSAGEM                                                            | R\$ 274,12   |
| 40321681 | VIGABATRINA DOSAGEM                                                         | R\$ 193,50   |
| 40321720 | CLOBAZAM DOSAGEM                                                            | R\$ 280,34   |
| 40321738 | CLONAZEPAN                                                                  | R\$ 414,01   |
| 40321754 | CLOZAPINA, DOSAGEM                                                          | R\$ 435,37   |
| 40321878 | ODO, DOSAGEM NA URINA                                                       | R\$ 217,09   |
| 40321916 | LORAZEPAN                                                                   | R\$ 1.014,63 |

|          |                                                     |              |
|----------|-----------------------------------------------------|--------------|
| 40321924 | LSD, DOSAGEM                                        | R\$ 340,20   |
| 40322092 | THC - TETRAHIDROCANABINOL MACONHA, DOSAGEM          | R\$ 64,44    |
| 40322114 | VANCOMICINA, DOSAGEM                                | R\$ 343,41   |
| 40322122 | VITAMINA H (BIOTINA) VITAMINA B8]                   | R\$ 425,13   |
| 40322149 | ACIDO 2 TIO TIAZOLIDINA 4 CARBOXILICO               | R\$ 270,03   |
| 40322165 | ACIDO HIALURONICO                                   | R\$ 591,85   |
| 40322262 | VITAMINA B5 [ACIDO PANTOTENICO]                     | R\$ 784,25   |
| 40322289 | ACIDO CITRICO, CITRATO, DOSAGEM NO ESPERMA          | R\$ 84,29    |
| 40322300 | Curva glicêmica clássica (5 dosagens)               | R\$ 81,04    |
| 40322319 | EVEROLIMUS, DOSAGEM                                 | R\$ 300,76   |
| 40322386 | ALFA-GALACTOSIDADE, DOSAGEM PLÁSMATICA              | R\$ 684,94   |
| 40322408 | BICARBONATO NA URINA, AMOSTRA ISOLADA               | R\$ 222,83   |
| 40322467 | ÍNDICE DE ÁCIDO ÚRICO/CREATININA                    | R\$ 30,89    |
| 40322475 | ÍNDICE DE CÁLCIO/CREATININA                         | R\$ 29,79    |
| 40322483 | RELACAO PROTEINA E CREATININA URINARIA              | R\$ 27,66    |
| 40322505 | Zinco eritrocitário, dosagem                        | R\$ 82,13    |
| 40324052 | COXSACKIEVIRUS A9, ANTICORPOS IgG                   | R\$ 152,16   |
| 40324044 | COXSACKIEVIRUS A9, ANTICORPOS IgM                   | R\$ 140,04   |
| 40323315 | EPSTEIN BARR, ANTICORPOS IgM, liquor                | R\$ 93,99    |
| 40323471 | HLA LOCUS C                                         | R\$ 696,58   |
| 40323510 | LYME PARA WESTERN BLOT                              | R\$ 1.540,29 |
| 40323552 | NEUROPATIA MOTORA, PAINEL                           | R\$ 1.074,47 |
| 40323676 | TESTE RAPIDO VIRUS INFLUENZA A e B                  | R\$ 501,67   |
| 40323684 | PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO   | R\$ 655,87   |
| 40323897 | ANTICORPOS ANTI DIFTERIA                            | R\$ 226,23   |
| 40323900 | TETANO ANTICORPOS IGG                               | R\$ 219,85   |
| 40323978 | Cadeias leves livres Kappa/Lambda em urina, dosagem | R\$ 123,44   |
| 40324010 | COQUELUCHE IGG [BORDETELLA PERTUSSIS IGG]           | R\$ 158,23   |
| 40324028 | Coxiella burnetti (febre Q), anticorpos IgG         | R\$ 341,77   |
| 40324125 | ANTICORPOS ANTI PROTEINASE PR3                      | R\$ 393,26   |
| 40324176 | Chikungunya, anticorpos                             | R\$ 357,21   |
| 40324192 | Antígeno NS1 do vírus da dengue, pesquisa           | R\$ 70,66    |

|          |                                                                                                                       |              |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 40324265 | CADEIAS LEVES LIVRES<br>KAPPA/LAMBDA, DOSAGEM, SANGUE                                                                 | R\$ 426,34   |
| 40324362 | HEPATITE E - ANTICORPOS IGG                                                                                           | R\$ 1.813,92 |
| 40324370 | HEPATITE E ANTICORPOS IGM                                                                                             | R\$ 624,48   |
| 40324389 | HLA-DQ, TESTE DE HISTOCOMPATIBILIDADE DE<br>ALTA<br>RESOLUÇÃO, SANGUE TOTAL                                           | R\$ 1.143,19 |
| 40324494 | RNA Polimerase III, anticorpos                                                                                        | R\$ 1.497,28 |
| 40324591 | ANTICORPOS ANTI ZIKA VÍRUS - IgG                                                                                      | R\$ 348,00   |
| 40324605 | ANTICORPOS ANTI ZIKA VÍRUS - IgM                                                                                      | R\$ 398,57   |
| 40324648 | IGRA - Ensaio para dosagem da liberação de interferon gama                                                            | R\$ 684,31   |
| 40324788 | SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19), pesquisa de<br>anticorpos IgA, IgG ou IgM, isolada por classe de<br>imunoglobulina | R\$ 231,32   |
| 40403025 | ANTICORPOS ERITROCITÁRIOS NATURAIS E IMUNES<br>- TITULAGEM                                                            | R\$ 25,32    |
| 40403068 | COLETA DE BIÓPSIA DE MEDULA<br>ÓSSEA POR AGULHA                                                                       | R\$ 500,11   |
| 40403130 | FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS<br>ERITROCITÁRIOS - POR FENÓTIPO (C, c, E, e, S, s, M, N,<br>K, FYA, FYB, JKA, JKB)    | R\$ 500,34   |
| 40403165 | FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (D, C, E, c, e)                                                                          | R\$ 137,90   |
| 40403173 | GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH - PESQUISA                                                                                   | R\$ 15,37    |
| 40403181 | GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH - GEL TESTE -<br>PESQUISA                                                                    | R\$ 30,46    |
| 40403190 | IDENTIFICAÇÃO ANTICORPOS IRREGULARES<br>ANTIERITROCITÁRIOS                                                            | R\$ 75,30    |
| 40403203 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS<br>IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - PAINEL DE<br>HEMÁCIAS ENZIMÁTICO              | R\$ 64,65    |
| 40403211 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS<br>IRREGULARES ANTIERITROCI                                                       | R\$ 66,12    |
| 40403238 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS<br>IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS COM PAINEL<br>DE HEMÁCIAS - GEL LISS            | R\$ 64,65    |
| 40403246 | IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULACOES<br>LINFOCITARIAS - CITÔMETRO DE FLUXO                                               | R\$ 394,70   |

|          |                                                                                                       |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40403327 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI-A E/OU ANTI-B - GEL TESTE                     | R\$ 15,67  |
| 40403335 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI-A E/OU ANTI-B EM TUBO                         | R\$ 7,53   |
| 40403343 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS                                         | R\$ 22,45  |
| 40403351 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - GEL TESTE                             | R\$ 23,96  |
| 40403360 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - MÉTODO DE ELUIÇÃO                     | R\$ 27,43  |
| 40403378 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIO                                          | R\$ 13,59  |
| 40403408 | PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA                                                   | R\$ 15,97  |
| 40403416 | PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA - GEL TESTE                                       | R\$ 20,94  |
| 40403688 | TESTE DE COOMBS DIRETO - EM TUBO                                                                      | R\$ 13,41  |
| 40403696 | TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE                                                                    | R\$ 9,34   |
| 40403700 | TESTE DE COOMBS DIRETO - MONO ESPECÍFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV. - AGH) - GEL TESTE                | R\$ 53,65  |
| 40403769 | TMO - DETER. HLA TRANSPLANTES M.O-LOCI A/B                                                            | R\$ 447,11 |
| 40403920 | DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO NO SANGUE DO RECEPTOR                      | R\$ 9,76   |
| 40404404 | FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (D, C, E, c, e) E KELL                                                   | R\$ 335,56 |
| 40501043 | Cariótipo de medula (técnicas com bandas)                                                             | R\$ 492,86 |
| 40501051 | Cariótipo de sangue (técnicas com bandas)                                                             | R\$ 337,84 |
| 40501060 | Cariótipo de sangue obtido por cordocentese pré-natal                                                 | R\$ 578,64 |
| 40501094 | CARIOTIPO COM BANDA G VILO CORIAL                                                                     | R\$ 514,79 |
| 40501116 | Cromatina X ou Y                                                                                      | R\$ 43,09  |
| 40501124 | Cultura de material de aborto e obtenção de cariótipo                                                 | R\$ 443,18 |
| 40501159 | FISH GENE ALK / Fish em metáfase ou núcleo interfásico, por sonda / PAINEL FISH PARA MIELOMA MÚLTIPLO | R\$ 187,43 |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                |            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40501175 | Líquido amniótico, cariótipo com bandas                                                                                                                                                                                                        | R\$ 484,99 |
| 40502066 | ACIDOS ORGANICOS NO SORO [AMOSTRA SORO] / Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos, carnitina, perfil de acilcarnitina, ácidos graxos de cadeia muito longa, para o diagnóstico de erros inatos do metabolismo (perfil em uma amostra)         | R\$ 521,28 |
| 40502090 | Eletroforese ou cromatografia (papel ou camada delgada) para identificação de aminoácidos ou glicídios ou oligossacarídeos ou sialoligossacarídeos glicosaminoglicanos ou outros compostos para detecção de erros inatos do metabolismo (cada) | R\$ 92,70  |
| 40503011 | MUTAÇÃO DO GENE DA METILENOHIDROFOLATO REDUTASE Análise de DNA com enzimas de restrição por enzima utilizada, por amostra                                                                                                                      | R\$ 116,30 |
| 40503054 | BETATALASSEMIA [MUT GENE CADEIA]                                                                                                                                                                                                               | R\$ 315,50 |
| 40503062 | INTOLERANCIA GENETICA A LACTOSE / Análise de DNA por sonda, ou PCR por locus, por amostra                                                                                                                                                      | R\$ 315,50 |
| 40503070 | DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DNA, FISH/PCR GILBERT Diagnóstico genético pré-implantação por DNA, por sonda de FISH ou por primer de PCR, por amostra                                                                                   | R\$ 495,79 |
| 40503100 | PERFIL GENETICO ASS OBESIDADE SOBREPESO / Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de base sequenciadas, por amostra                                                                                                  | R\$ 264,52 |
| 40601110 | Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block"                                                                                                                                                                           | R\$ 83,19  |
| 40601129 | Procedimento diagnóstico citopatológico oncótico de líquidos e raspados cutâneos                                                                                                                                                               | R\$ 80,73  |
| 40601137 | Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica                                                                                                                                                                             | R\$ 41,72  |
| 40601145 | Procedimento diagnóstico em citologia hormonal seriado                                                                                                                                                                                         | R\$ 51,18  |
| 40601153 | Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados                                                                                                                                                                 | R\$ 229,54 |
| 40601161 | Procedimento diagnóstico em citologia hormonal isolada                                                                                                                                                                                         | R\$ 31,39  |
| 40601170 | Procedimento diagnóstico em painel de imunoistoquímica (duas a cinco reações)                                                                                                                                                                  | R\$ 509,33 |

|          |                                                                                                                                                                       |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 40601196 | ANATOMOPATOLOGICO MULTIPLOS FRAGMENTOS / Procedimento diagnóstico em fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia, acondicionados em um mesmo frasco | R\$ 150,40 |
| 40601200 | Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples                                                                                                       | R\$ 129,50 |
| 40601218 | Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa                                                                                                      | R\$ 151,36 |
| 40601226 | Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) - máximo de três margens        | R\$ 85,63  |
| 40601250 | PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM LÂMINA DE PAAF ATÉ 5                                                                                                                      | R\$ 104,62 |
| 40601269 | Coloração especial por coloração                                                                                                                                      | R\$ 37,59  |
| 40601277 | Procedimento diagnóstico em imunofluorescência                                                                                                                        | R\$ 531,26 |
| 40601293 | Procedimento diagnóstico por captura híbrida                                                                                                                          | R\$ 227,10 |
| 40601293 | HPV - CAPTURA HÍBRIDA                                                                                                                                                 | R\$ 303,24 |
| 40601293 | NEISSERIA - CAPTURA HÍBRIDA                                                                                                                                           | R\$ 229,33 |
| 40601323 | Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido                                                                                                               | R\$ 58,90  |

#### 10.24. EXAMES TOXICOLÓGICOS;

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                 | REFERENCIAL |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| PACOTE | EXAME TOXICOLÓGICO EM PÊLOS (ANFETAMINAS E DERIVADOS, COCAÍNA, MACONHA E OPIÁCEOS): INCLUI OS SGUINTES CÓDIGOS: 40301338 / 40301575 / 40322017 / 40322106 | R\$ 105,00  |

#### 10.25. TERAPIAS AUXILIARES:

| CÓDIGO              | DESCRIÇÃO                                   | REFERENCIAL |
|---------------------|---------------------------------------------|-------------|
| <b>FISIOTERAPIA</b> |                                             |             |
| 20103026            | Amputação bilateral (preparação do coto)    | R\$ 18,00   |
| 20103034            | Amputação bilateral (treinamento protético) | R\$ 21,93   |

|          |                                                                                                        |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 20103042 | Amputação unilateral (preparação do coto) - sessão fisioterápica para                                  | R\$ 10,52 |
| 20103050 | Amputação unilateral (treinamento protético)                                                           | R\$ 15,50 |
| 20103077 | Ataxias                                                                                                | R\$ 19,72 |
| 20103093 | Atendimento fisioterápico no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de seqüelas              | R\$ 12,52 |
| 20103115 | Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica                                   | R\$ 40,00 |
| 20103123 | Atividades em escola de postura (máximo de 10 pessoas)                                                 | R\$ 40,00 |
| 20103131 | Biofeedback com EMG                                                                                    | R\$ 22,00 |
| 20103182 | Desvios posturais da coluna vertebral                                                                  | R\$ 22,93 |
| 20103190 | Disfunção Verico-uretral                                                                               | R\$ 18,08 |
| 20103204 | Distrofia simpático-reflexa                                                                            | R\$ 14,40 |
| 20103212 | Distúrbios circulatórios artério-venosos e linfáticos                                                  | R\$ 12,08 |
| 20103220 | Doenças pulmonares atendidas em ambulatório                                                            | R\$ 27,00 |
| 20103247 | Exercícios para reabilitação do asmático (ERAC)                                                        | R\$ 24,00 |
| 20103255 | Exercícios para reabilitação do asmático (ERAI)                                                        | R\$ 24,00 |
| 20103263 | Hemiparesia                                                                                            | R\$ 14,40 |
| 20103271 | Hemiplegia                                                                                             | R\$ 22,93 |
| 20103280 | Hemiplegia e Hemiparesia com afasia                                                                    | R\$ 22,93 |
| 20103298 | Hipo ou agenesia de membros                                                                            | R\$ 26,27 |
| 20103301 | Infiltração de ponto de gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)                        | R\$ 77,00 |
| 20103310 | Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras              | R\$ 20,01 |
| 20103328 | Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras                      | R\$ 19,50 |
| 20103336 | Manipulação vertebral - sessão fisioterápica para                                                      | R\$ 18,00 |
| 20103344 | Miopatias                                                                                              | R\$ 22,00 |
| 20103360 | Paciente com D.P.O.C em atendimento ambulatorial necessitando reeducação e reabilitação respiratória   | R\$ 35,00 |
| 20103379 | Paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, atendido em ambulatório, duas a três vezes por semana | R\$ 32,20 |
| 20103387 | Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório de 8 a 24 semanas                   | R\$ 32,20 |
| 20103395 | Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório, até 8 semanas de programa          | R\$ 32,20 |
| 20103409 | Pacientes com doenças neuro-músculo-esqueléticas com envolvimento tegumentar                           | R\$ 31,00 |

|          |                                                                                                                                                             |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 20103417 | Pacientes sem doença coronariana clinicamente manifesta, mas considerada de alto risco, atendido em ambulatório, duas a três vezes por                      | R\$ 23,30  |
| 20103425 | Paralisia cerebral                                                                                                                                          | R\$ 32,00  |
| 20103433 | Paralisia cerebral com distúrbio de comunicação                                                                                                             | R\$ 29,40  |
| 20103441 | Paraparesia / Tetraparesia                                                                                                                                  | R\$ 29,40  |
| 20103450 | Paraplegia e tetraplegia                                                                                                                                    | R\$ 21,60  |
| 20103468 | Parkinson                                                                                                                                                   | R\$ 25,60  |
| 20103476 | Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária                                                                                          | R\$ 30,13  |
| 20103484 | Patologia osteomioarticular em um membro                                                                                                                    | R\$ 18,72  |
| 20103492 | Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros                                                                                                         | R\$ 25,33  |
| 20103506 | Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna                                                                                                        | R\$ 18,72  |
| 20103514 | Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna                                                                                               | R\$ 28,67  |
| 20103522 | Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária                                                                                 | R\$ 33,00  |
| 20103530 | Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral                                                                             | R\$ 24,05  |
| 20103565 | Processos Inflamatórios Pélvicos                                                                                                                            | R\$ 16,65  |
| 20103611 | Queimados - seguimento ambulatorial para prevenção de sequelas (por segmento)                                                                               | R\$ 11,00  |
| 20103620 | Reabilitação de paciente com endoprótese                                                                                                                    | R\$ 18,04  |
| 20103638 | Reabilitação labiríntica (por sessão)                                                                                                                       | R\$ 27,99  |
| 20103646 | Reabilitação Perineal Com Biofeedback)                                                                                                                      | R\$ 151,15 |
| 20103654 | Recuperação funcional de distúrbios crânio-faciais (DTM                                                                                                     | R\$ 17,39  |
| 20103662 | Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neuro-vasculares afetando um membro        | R\$ 19,30  |
| 20103670 | Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro | R\$ 21,29  |
| 20103689 | Retardo do desenvolvimento psicomotor                                                                                                                       | R\$ 22,00  |
| 20103697 | Seqüelas de traumatismos torácicos e abdominais                                                                                                             | R\$ 18,08  |
| 20103700 | Seqüelas em politraumatizados (em diferentes segmentos)                                                                                                     | R\$ 31,00  |
| 20103727 | Reabilitação cardíaca supervisionada. Programa de 12 semanas. Duas a três sessões por semana (por sessão)                                                   | R\$ 28,80  |
| 20203020 | Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios perineais                                                                            | R\$ 112,00 |

|          |                                                                                                                                                         |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 31602185 | eletroestimulação elétrica transcutânea                                                                                                                 | R\$ 102,50 |
| 40105059 | Medida de pico de fluxo expiratório                                                                                                                     | R\$ 10,00  |
| 40105067 | Medida seriada por 3 semanas do pico do fluxo expiratório                                                                                               | R\$ 24,00  |
| 50000012 | Sessão de Psicomotricidade individual (50 min)                                                                                                          | R\$ 153,33 |
| 50000144 | Consulta ambulatorial em Fisioterapia - avaliação (50 min)                                                                                              | R\$ 112,34 |
| 50000160 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema músculo-esquelético (50 min)                    | R\$ 94,04  |
| 50000195 | Sessão para assistência fisioterapêutica ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de queimaduras                                               | R\$ 57,49  |
| 50000209 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico              | R\$ 74,80  |
| 50000217 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial no pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos (50 min)                                                   | R\$ 89,49  |
| 50000233 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial para alterações inflamatórias e/ou degenerativas do aparelho genito-urinário e reprodutor, e/ou proctológico  | R\$ 188,88 |
| 50000837 | Fisioterapia aquática individual (Hidroterapia)                                                                                                         | R\$ 64,64  |
| 50000446 | Reedução postural global (RPG)                                                                                                                          | R\$ 85,00  |
| 50000721 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente dependente, com disfunção decorrente de lesão no sistema nervoso central e/ou periférico (50 min) | R\$ 117,64 |
| 50000730 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial individual ao paciente com disfunção decorrente do sistema respiratório (50 min)                              | R\$ 81,89  |
| 50000748 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial em grupo ao paciente com disfunção decorrente do sistema respiratório (50 min)                                | R\$ 82,69  |
| 50000756 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial individual ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular                       | R\$ 72,49  |
| 50000764 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial em grupo aos pacientes com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular (mínimo 30 min)       | R\$ 47,90  |
| 50000772 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial individual por alterações endócrino-metabólicas                                                               | R\$ 70,01  |
| 50000780 | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial em grupo por alterações endócrino-metabólicas                                                                 | R\$ 50,67  |

|                            |                                                                                                                                                                                       |            |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 50001060                   | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com dependência parcial com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico                            | R\$ 64,03  |
| 50001078                   | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com dependência total com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico                              | R\$ 81,56  |
| <b>TERAPIA OCUPACIONAL</b> |                                                                                                                                                                                       |            |
| 50000055                   | Consulta individual ambulatorial em terapia ocupacional - avaliação (50 min)                                                                                                          | R\$ 159,27 |
| 50000080                   | Sessão individual ambulatorial, em terapia ocupacional (50 min)                                                                                                                       | R\$ 126,97 |
| 50000110                   | Sessão de terapia ocupacional familiar (50 min)                                                                                                                                       | R\$ 140,34 |
| 50000128                   | Sessão de terapia ocupacional em grupo                                                                                                                                                | R\$ 149,00 |
| 50000136                   | Sessão de terapia ocupacional para treinamento de órteses, próteses e adaptações (50 min)                                                                                             | R\$ 119,44 |
| <b>PSICOLOGIA</b>          |                                                                                                                                                                                       |            |
| 50000462                   | Consulta em psicologia - avaliação (50 min)                                                                                                                                           | R\$ 134,92 |
| 50000470                   | Sessão de psicoterapia individual por psicólogo (50 min)                                                                                                                              | R\$ 124,91 |
| 50000489                   | Sessão de psicoterapia em grupo por psicólogo                                                                                                                                         | R\$ 132,94 |
| 50000497                   | Sessão de psicoterapia em casal por psicólogo (50 min)                                                                                                                                | R\$ 174,31 |
| 50000500                   | Sessão de psicoterapia familiar por psicólogo                                                                                                                                         | R\$ 172,41 |
| 50000519                   | Acompanhamento e reabilitação profissional por psicólogo (50 min)                                                                                                                     | R\$ 114,31 |
| <b>NUTRIÇÃO</b>            |                                                                                                                                                                                       |            |
| 50000560                   | Consulta ambulatorial por nutricionista - avaliação (50 min)                                                                                                                          | R\$ 141,67 |
| 41301048                   | Biopedância                                                                                                                                                                           | R\$ 30,00  |
| <b>FONOAUDIOLOGIA</b>      |                                                                                                                                                                                       |            |
| 50000586                   | Consulta ambulatorial de fonoaudiologia - avaliação (50 min)                                                                                                                          | R\$ 138,28 |
| 50000616                   | Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia (50 min)                                                                                                                             | R\$ 139,68 |
| 50000659                   | Orientação fonoaudiológica aos pais/escolar/cuidador (50 min)                                                                                                                         | R\$ 136,45 |
| 50000713                   | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão no sistema nervoso central e /ou periférico (50 min) | R\$ 80,92  |

#### 10.26. TERAPIAS MULTIDISCIPLARES:

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                           | <b>REFERENCIAL</b> |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 50005103      | Sessão de Psicologia ABA com duração de 50 min                                                             | R\$ 189,38         |
| 50005103      | Psicopedagogia                                                                                             | R\$ 80,00          |
| 50005103      | Acompanhante terapêutico com duração de 50 min                                                             | R\$ 126,43         |
| 50005103      | SESSÃO DE PSICOLOGIA - MÉTODO ABA, com duração de 30 min                                                   | R\$ 179,50         |
| 50005170      | Sessão Terapia Ocupacional ABA com duração de 50 min                                                       | R\$ 185,63         |
| 50005197      | TERAPIA OCUPACIONAL - MÉTODO ABA - NEUROLÓGICA ESPECIAL                                                    | R\$ 175,75         |
| 50005170      | Terapia ocupacional em Integração Sensorial de Ayres com duração de 50 min                                 | R\$ 200,00         |
| 50005189      | FONOAUDIOLOGIA - MÉTODO ABA - PEDIÁTRICAS ESPECIAIS (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 106 E 107) - 30 MIN | R\$ 207,67         |
| 50005189      | FONOAUDIOLOGIA - MÉTODO ABA - PEDIÁTRICAS ESPECIAIS (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 106 E 107) - 45 MIN | R\$ 185,75         |
| 50005227      | PSICOLOGIA - MÉTODO DENVER - PEDIÁTRICAS ESPECIAIS (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 106 E 107)           | R\$ 147,67         |
| 50005235      | TERAPIA OCUPACIONAL - MÉTODO DENVER - PEDIÁTRICAS ESPECIAIS (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 106 E 107)  | R\$ 137,67         |
| 50005243      | FONOAUDIOLOGIA - MÉTODO DENVER - PEDIÁTRICAS ESPECIAIS (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 106 E 107)       | R\$ 141,00         |
| 50005375      | Sessão de Neuropsicologia (acompanhamento) com duração de 50 min                                           | R\$ 195,00         |
|               | Terapia ocupacional treino de AVDs                                                                         | R\$ 175,75         |
|               | Sessão de fisioterapia Bobath                                                                              | R\$ 181,00         |
|               | Sessão de fisioterapia CME                                                                                 | R\$ 246,50         |
|               | Sessão de fisioterapia DMI                                                                                 | R\$ 236,50         |
|               | Sessão de fisioterapia para treino de marcha                                                               | R\$ 176,50         |
|               | Sessão de fisioterapia com gaiola de habilidades                                                           | R\$ 236,50         |
|               | Sessão de fisioterapia com recurso do TheraSuit                                                            | R\$ 246,50         |
|               | Sessão de fisioterapia ABA (AVALIAÇÃO)                                                                     | R\$ 208,25         |
|               | Sessão de fisioterapia ABA (SESSÃO)                                                                        | R\$ 201,00         |
|               | Sessão de terapia ocupacional Bobath                                                                       | R\$ 241,00         |
|               | Sessão de fonoaudiologia Motricidade Oral                                                                  | R\$ 205,75         |
|               | Sessão de fonoaudiologia Disfagia                                                                          | R\$ 181,00         |

## 10.27. REMOÇÃO TERRESTRE:

| REMOÇÃO URBANA                              | REFERENCIAL  |
|---------------------------------------------|--------------|
| Remoção UTI - saída (ida e volta)           | R\$ 809,97   |
| Remoção UTI - hora parada                   | R\$ 316,25   |
| Remoção USB - saída (ida e volta)           | R\$ 318,67   |
| Remoção USB - hora parada                   | R\$ 130,07   |
| Remoção UTI Pediátrica- saída (ida e volta) | R\$ 1.035,06 |
| Remoção UTI Pediátrica - hora parada        | R\$ 370,57   |
| Remoção UTI Neonatal- saída (ida e volta)   | R\$ 1.330,95 |
| Remoção UTI Neonatal - hora parada          | R\$ 322,80   |
| REMOÇÃO INTERURBANA                         |              |
| Remoção UTI - saída                         | R\$ 860,34   |
| Remoção UTI - p/Km                          | R\$ 10,00    |
| Remoção UTI - hora parada                   | R\$ 316,25   |
| Remoção USB - saída                         | R\$ 330,67   |
| Remoção USB - p/Km                          | R\$ 5,62     |
| Remoção USB - hora parada                   | R\$ 130,07   |
| Remoção UTI Pediátrica- saída               | R\$ 1.035,06 |
| Remoção UTI Pediátrica - p/Km               | R\$ 12,00    |
| Remoção UTI Pediátrica - hora parada        | R\$ 370,57   |
| Remoção UTI Neonatal - saída                | R\$ 1.330,95 |
| Remoção UTI Neonatal - p/Km                 | R\$ 15,00    |
| Remoção UTI Neonatal - hora parada          | R\$ 322,80   |

## 11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Não será permitida a cobrança de taxas de sala para procedimentos realizados à beira do leito;

11.2. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas;

11.3. Equipos de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia;

11.4. Será pago o valor de uma visita ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente;

11.5. Não será pago coleta (ato e material) de exames pelo hospital ou terceiros;

11.6. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados;

11.7. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado;

11.8. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição de enfermagem;

11.9. Luva estéril somente será paga para procedimentos invasivos e assépticos;

11.10. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas

medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobradas quando estiverem juntamente com equipo injetor lateral;

**11.11.** Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário;

**11.12.** Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ter justificativa;

**11.13.** A troca de cateter de Swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto, anexa ao prontuário; e

**11.14.** Curativo do recém-nascido (coto umbilical) não será coberto.

São José dos Campos,        de        de 2025.

\*data conforme assinatura eletrônica\*

---

MICHELLE TONON ANDRADE QUAGLIA Maj QOMed  
Presidente da Comissão de Credenciamento

## ANEXO W – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

### DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

A Empresa \_\_\_\_\_ ,  
inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_ , por intermédio de seu representante legal,  
Sr.(a) \_\_\_\_\_ , portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_  
Órgão expedidor \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_ , com  
vistas ao credenciamento junto ao GRUPAMENTO DE APOIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (GAP-SJ) através do GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (GSAU-SJ) para a prestação de serviços de saúde, declara, por meio de seu representante legal, sob as penas da lei, que a referida empresa não está cumprindo penalidade de inidoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso III do Art. 88 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)

## ANEXO X - ACORDO DE NEGOCIAÇÃO ENTRE AMBAS AS PARTES



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

### ACORDO DE NEGOCIAÇÃO ENTRE AMBAS AS PARTES

**OCS/PSA:** \_\_\_\_\_

Esta fatura foi analisada pela Auditoria Técnica do GSAU-SJ e os valores liberados após finalização da negociação e aceite das glosas foram:

Entrega: **mês/ano**

Lote/remessa (credenciado): \_\_\_\_\_

Valor Inicial Apresentado: R\$ \_\_\_\_\_

Valor Glosa (Médica / Enf): R\$ \_\_\_\_\_

Valor Final Liberado: R\$ \_\_\_\_\_

Capa de lote (credenciante): \_\_\_\_\_

E por estarem assim justos e acordados, declaram-se cientes e esclarecidos quanto ao teor deste documento.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FULANO DE TAL 1º Ten QOCON ENF  
Representante da Seção de Auditoria Técnica do GSAU-SJ  
(assinatura e carimbo)

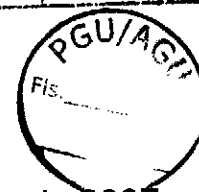
\_\_\_\_\_  
Responsável pela tratativa  
(nome completo, assinatura e carimbo)

*(favor preencher os dados acima solicitados e devolver para que seja finalizada a negociação)*



NUP 00405.000127/2007-64  
Data 19/12/07 16:07

**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO**  
**PROCURADORIA-GERAL DA UNIÃO**



MEMORANDO CIRCULAR Nº 029/2007-PGU/AGU

Brasília, 19 de dezembro de 2007.

Ao Senhor Consultor-Geral da União  
Dr. **RONALDO JORGE ARAÚJO VIEIRA JÚNIOR**

Assunto: TERMO DE CONCILIAÇÃO JUDICIAL.

Senhor Consultor-Geral,

Encaminho a Vossa Excelência cópia da documentação referente ao Termo de Conciliação Judicial celebrado com o Ministério Público do Trabalho nos autos do Processo 00810.2006.017.10.00.7, relativo à prestação de serviços terceirizados, para conhecimento.

Atenciosamente,

**JAIR JOSÉ PERIN**  
Procurador-Geral da União Substituto

Anexos: 06 fls.  
Memo-Circular-041.12.07

**ATA DE AUDIÊNCIA**

**PROCESSO:** 00810-2006-017-10-00-7  
**AUTOR:** MINISTERIO PUBLICO DO TRABALHO  
**RÉU:** UNIAO



*Em 11 de dezembro de 2007, na sala de sessões da MM. 17ª VARA DO TRABALHO DE BRASÍLIA/DF, sob a direção da Exmo(a). Juíza REJANE MARIA WAGNITZ, realizou-se audiência relativa ao processo identificado em epígrafe.*

Às 13h51min, aberta a audiência, foram, de ordem da Exmo(a). Juíza do Trabalho, apregoadas as partes.

Ausente o(a) autor(a) e seu advogado.

Ausente o(a) réu(ré) e seu advogado.

Homologo o Termo de Conciliação Judicial apresentado pelas partes, no qual a UNIÃO se compromete a contratar serviços terceirizados apenas e exclusivamente nas hipóteses autorizadas pela Decreto nº 2.271/97, sob pena de pagamento de multa a ser revertida ao Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT.

Custas pelo(a) autor(a) no importe de R\$ 2.000,00, calculadas sobre R\$ 100.000,00, dispensadas na forma da lei.

**INTIMEM-SE AS PARTES, VIA MANDADO, ENCAMINHANDO CÓPIA DESTA ATA À UNIÃO E OS AUTOS AO D. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO.**

Presentes os Acadêmicos de Direito da UNIREAL-Fortium, Srs. ALLAN MOURA FERRAZ SANTOS e JOSÉ ANTONIO DA SILVA.

Audiência encerrada às 14h05min.

Nada mais.

**REJANE MARIA WAGNITZ**  
Juíza do Trabalho

Reclamante Reclamado(a)

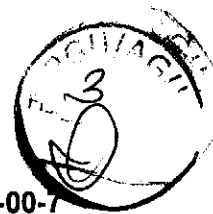
Adv. Recte Adv. Recdo(a)

**HÉLIO MAIA GONÇALVES**  
Diretor(a) de Secretaria

<http://docs.trt10.gov.br/publicacoes/atas/2006/1706081011122007901.html>

13/12/2007

TERMO DE CONCILIAÇÃO JUDICIAL – PROCESSO Nº 00810-2006-017-10-00-7



O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**, neste ato representado pela Procurador-Geral do Trabalho, Dr. Otávio Brito Lopes, e pelos Procuradores do Trabalho, Dr. Fábio Leal Cardoso e Dra. Vivian Rodriguez Mattos, e a **UNIÃO**, neste ato representada pela Advocacia Geral da União, por meio do Advogado-Geral da União, Dr. José Antônio Dias Toffoli, e pelo Procurador-Geral da União, Dr. Luís Henrique Martins dos Anjos, e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio do Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, Sr. Paulo Bernardo Silva, na forma do art. 5º, § 6º, da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, combinado com o art. 876 da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.492, de 1 de maio de 1943),

**CONSIDERANDO** a existência da Ação Civil Pública nº 00810-2006-017-10-00-7, ajuizada pelo Ministério Público do Trabalho em face da UNIÃO, cujo objeto versa sobre a intermediação irregular de mão-de-obra praticada no âmbito da Administração Pública Federal Direta;

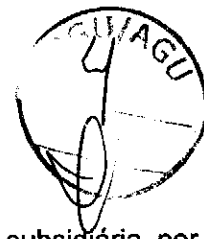
**CONSIDERANDO** que existem outras ações civis públicas ajuizadas e vários procedimentos investigatórios em diversas Procuradorias Regionais do Trabalho envolvendo o tema da terceirização imprópria em órgãos da Administração Pública Federal Direta;

**CONSIDERANDO** que o acesso a cargos e empregos públicos é condicionado à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, conforme previsto no art. 37, II, da Constituição Federal;

**CONSIDERANDO** que o Enunciado nº 331, I, do Tribunal Superior do Trabalho, estabelece que a contratação de trabalhadores por meio de empresa interposta é ilegal, salvo nos casos previstos na Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974;

**CONSIDERANDO** que o Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997, estabelece os parâmetros para a identificação dos serviços passíveis de terceirização no âmbito da Administração Pública Federal;

**CONSIDERANDO** que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão apresentou ao Tribunal de Contas da União proposta para substituir empregados terceirizados por servidores concursados, tal como ficou assentado no acórdão nº 1520/2006 - TCU;



**CONSIDERANDO** que a União vem sendo responsabilizada de forma subsidiária por créditos trabalhistas insatisfeitos de trabalhadores de empresas prestadoras de serviços, na forma da Súmula 331, IV, do Tribunal Superior do Trabalho;

**CONSIDERANDO** as reuniões preparatórias realizadas entre o Coordenador Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas na Administração Pública e Assessores Técnicos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, nas quais restou consolidado o entendimento de que a abrupta solução de continuidade na prestação de tais serviços terceirizados poderia gerar ofensa a bem jurídico de igual importância àquele tutelado na referida Ação Civil Pública;

**CONSIDERANDO** que, no âmbito do Poder Executivo Federal, a matéria de pessoal é da competência do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;

**CONSIDERANDO** a relevância e a obrigatoriedade de regularização de todos os contratos de prestação de serviços terceirizados,

**RESOLVEM CELEBRAR**

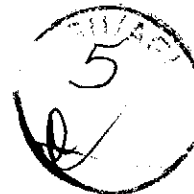
**TERMO DE CONCILIAÇÃO JUDICIAL,**

nos seguintes termos e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA.** A UNIÃO se compromete a contratar serviços terceirizados apenas e exclusivamente nas hipóteses autorizadas pelo Decreto nº 2.271, de 7 de junho de 1997, observado o disposto no artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal.

**Parágrafo 1º** A responsabilidade pela contratação de serviços terceirizados em desacordo com o disposto no Decreto nº 2.271, de 7 de junho de 1997, será da autoridade competente para a assinatura do contrato e do respectivo ordenador de despesas, solidariamente.

**Parágrafo 2º** O responsável pela assinatura dos contratos no âmbito de cada ministério, órgão ou entidade deverá identificar as atividades terceirizadas, o quantitativo total de terceirizados e a indicação das parcelas de recursos orçamentários que deixarão de ser disponibilizadas em decorrência da regularização gradativa das contratações conforme o cronograma e proporções estabelecidas na cláusula terceira deste termo



**CLÁUSULA SEGUNDA.** A União se compromete a regularizar a situação jurídica dos seus recursos humanos, com a conseqüente rescisão dos contratos de prestação de serviços cujas atividades exercidas pelos trabalhadores terceirizados não estejam de acordo com o disposto no Decreto nº 2.271, de 7 de junho de 1997.

**Parágrafo 1º** Os órgãos da Administração Pública Federal deverão elaborar, em conjunto com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, proposta de regularização da situação jurídica dos seus recursos humanos, que deverá conter, necessariamente:

- a) o quantitativo de pessoal necessário para substituir trabalhadores terceirizados que estejam em desacordo com o Decreto nº 2.271, de 7 de junho de 1997;
- b) o quantitativo de cargos, empregos e/ou funções públicas a serem criados, se for o caso;
- c) a previsão de realização de concursos públicos para a admissão de novos servidores e/ou empregados públicos;
- d) o impacto orçamentário-financeiro das medidas;
- e) o cronograma de execução.

**Parágrafo 2º** O ato que autorizar a realização de concurso público deverá prever expressamente que os novos provimentos estarão vinculados ao pleno cumprimento das obrigações assumidas no presente Termo de Conciliação.

**Parágrafo 3º** O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão deverá adotar todas as medidas necessárias no âmbito de sua competência para a regularização da situação jurídica dos recursos humanos de cada órgão da Administração Pública Federal, como autorização para a realização de concursos públicos, encaminhamento de projetos de lei relativos à reestruturação de carreiras e à criação de novos cargos, empregos e/ou funções públicas e previsão de disponibilidade orçamentária para cobrir as novas despesas.

**CLÁUSULA TERCEIRA.** O adimplemento das obrigações ora ajustadas obedecerá rigorosamente ao cronograma a seguir estabelecido:



- a) até **31/07/2008**, deverão estar concluídas, pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, as propostas de regularização da situação jurídica dos recursos humanos de todos os órgãos da administração pública federal, com fundamento em estudos que demonstrem as reais necessidades da força de trabalho realizada pelos terceirizados;
- b) até **31/07/2009**, a União deverá substituir, no mínimo, 30% do pessoal terceirizado que esteja realizando atividades incompatíveis com o presente Termo de Conciliação por trabalhadores admitidos mediante concurso público, nos termos do art. 37, II, da Constituição Federal;
- c) até **31/12/09**, a União deverá substituir, no mínimo, mais 30% do pessoal terceirizado que esteja realizando atividades incompatíveis com o presente Termo de Conciliação por trabalhadores admitidos mediante concurso público, nos termos do art. 37, II, da Constituição Federal;
- d) até **31/12/10**, a União deverá substituir todo o pessoal terceirizado que esteja realizando atividades incompatíveis com o presente Termo de Conciliação por trabalhadores admitidos mediante concurso público, nos termos do art. 37, II, da Constituição Federal, ultimando a adequação de que trata a cláusula segunda do presente Termo de Conciliação.

**Parágrafo Único** - Compete ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão autorizar a realização dos respectivos concursos públicos, obedecidos os devidos preceitos legais.

**CLÁUSULA QUARTA.** A União se compromete a recomendar o estabelecimento das mesmas diretrizes ora pactuadas em relação às autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista, a fim de vincular todos os órgãos integrantes da administração pública indireta ao cumprimento do presente termo de conciliação, sendo que em relação às empresas públicas e sociedades de economia mista deverá ser dado conhecimento ao Departamento de Coordenação e Controle das Empresas Estatais – DEST, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

**CLAUSULA QUINTA.** O descumprimento das obrigações assumidas no presente Termo de Conciliação sujeitará a União à multa (*astreinte*) correspondente a R\$ 1.000,00 (um mil Reais), por obrigação descumprida (cláusulas e/ou seus parágrafos, incisos ou alíneas), por trabalhador encontrado em situação jurídica irregular, reversível ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT, nos termos dos arts. 5º, § 6º, e 13 da Lei nº 7.347, 24 de julho de 1985, com obrigatório regresso



em desfavor do agente público responsável, independentemente das demais condições e providências que poderão vir a ser requeridas pelo Ministério Público do Trabalho.

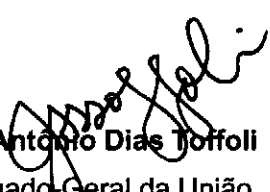
**Parágrafo 1º** A cobrança da multa não desobriga a UNIÃO do cumprimento das obrigações contidas no presente Termo de Conciliação.

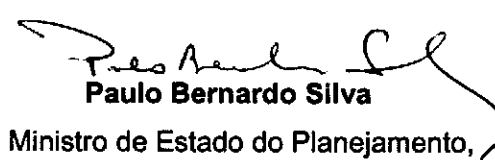
**Parágrafo 2º** Independentemente das autoridades indicadas como diretamente responsáveis pelo cumprimento do presente Termo de Conciliação, o agente público que, em nome da Administração Pública Federal, firmar ou permitir que terceiros, estranhos à Administração, firmem contrato de prestação de serviços em contrariedade às disposições estabelecidas no presente Termo de Conciliação, será responsável solidário por qualquer contratação irregular, respondendo pela multa prevista no *caput* desta cláusula, além de outras sanções administrativas e penais cabíveis.

**CLÁUSULA SÉXTA.** O presente Termo de Conciliação produzirá efeitos legais a partir da sua celebração, devendo ser submetido ao MM. Juízo da 17ª Vara do Trabalho de Brasília/DF para homologação, a fim de conferir-lhe eficácia de título executivo judicial.

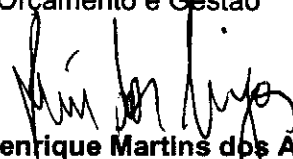
Estando assim, justos e compromissados, firmam o presente instrumento, para que produza os seus efeitos legais.

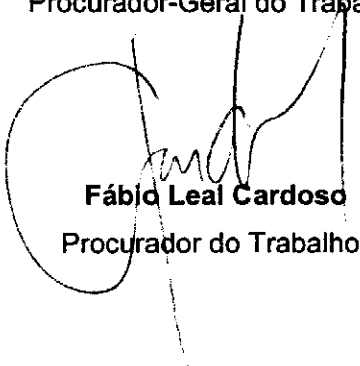
Brasília, 05 de novembro de 2007.

  
**José Antônio Dias Toffoli**  
Advogado-Geral da União

  
**Paulo Bernardo Silva**  
Ministro de Estado do Planejamento,  
Orçamento e Gestão

  
**Otávio Brito Lopes**  
Procurador-Geral do Trabalho

  
**Luís Henrique Martins dos Anjos**  
Procurador-Geral da União

  
**Fábio Leal Cardoso**  
Procurador do Trabalho

  
**Vivianne Rodriguez Mattos**  
Procuradora do Trabalho



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO  
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

FOLHA DE DESPACHO

PROCESSO: 00405.006127/2007-64 | Nº: 029/2007/PGU/AGU | DATA: 19/12/2007

INTERESSADO: PROCURADORIA GERAL DA UNIÃO

ASSUNTO: ENCAMINHA CÓPIA DO TERMO DE CONCILIAÇÃO JUDICIAL CELEBRADO COM O MPU NOS AUTOS DO PROCESSO 0810.2006.017.10.00.7

☒ CIENTE: \_\_\_\_\_

PARA:

☐ PGU ☐ PGF ☐ SGCT ☐ SGAGU ☐ CGAU

Consultor da União:

☐ DR. MIGUEL PRÓ ☐ DR. OTHON ☐ DR. GALBA  
☐ DRA. ALDA ☐ DRA. HELIA ☐ DRA. GRASIELA  
☐ DR. ARTUR ☐ DRA. CÉLIA

☐ DECOR ☐ DEAX ☐ DENOR ☐ DEINF ☐ DAJI ☐ CÂMARA DE CONCILIAÇÃO

☐ Consultor-Geral da União Substituto Dr. DRUMOND em face do disposto na Portaria CGU nº 4 de 24/8/07, DO 27/8/07.

☒ Outro:

Dr. Muri

PROVIDÊNCIAS:

☐ ANÁLISE E MANIFESTAÇÃO  
☐ CIÊNCIA  
☐ CIÊNCIA E ACOMPANHAMENTO  
☐ CIÊNCIA AOS NAJS E CONJURS  
☐ JUNTADA E CONTINUIDADE DOS TRABALHOS  
☐ JUNTADA AOS AUTOS E ANÁLISE DA DOC. ACOSTADA

☐ DESPACHAR PESSOALMENTE  
☐ COMPARECER À AUDIÊNCIA  
☐ COMPARECER À REUNIÃO  
☐ INDICAR REPRESENTANTE  
☐ ARQUIVE-SE

☒ OUTRAS: Encaminhar cópia do  
termo eletrônico, aos integrantes da CGU,

☐ URGENTE: prazo \_\_\_\_\_

☐ CONFIDENCIAL

Brasília, 19/12/2007

RONALDO JORGE ARAUJO VIEIRA JUNIOR  
CONSULTOR-GERAL DA UNIÃO



## ANEXO Z - DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO A DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS

### DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AOS DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS

A Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ  
sob nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal,  
Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº  
\_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_,

DECLARA, ainda, que a empresa não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, em observância ao disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal.

**Ressalva:** emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz (    )

(assinalar com “x” a ressalva acima, caso verdadeira)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)

**ANEXO AA – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO À REDE COMPLEMENTAR DO SISAU**

**COMANDO DA AERONÁUTICA  
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA  
GRUPO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO À REDE COMPLEMENTAR DO SISAU**

- 1) Deve ser preenchido apenas para beneficiários do FUNSA  
2) O Oficial solicitante deverá encaminhar o beneficiário à Seção de FUNSA, para que possa ser devidamente orientado.

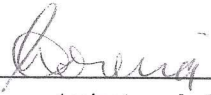
|                                                                      |                           |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>NOME DO BENEFICIÁRIO:</b>                                         |                           |                                                           |
| <b>IDADE:</b>                                                        |                           |                                                           |
| <b>GRAU DE DEP:</b>                                                  | <b>SARAM:</b>             | <b>UNIDADE:</b>                                           |
| <b>NOME DO TITULAR:</b>                                              |                           |                                                           |
| <b>POSTO/GRADUAÇÃO:</b>                                              | <b>TEL.:</b>              | <b>( ) ATIVA ( ) INATIVA</b>                              |
| <b>EXAMES SOLICITADOS:</b>                                           |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
| <b>DADOS CLÍNICOS:</b>                                               |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
| <b>H. DIAGNÓSTICA (CID):</b>                                         |                           |                                                           |
| <b>RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS QUE CORROBORAM A SOLICITAÇÃO:</b> |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
| <b>( ) URGÊNCIA</b>                                                  | <b>( ) CAIS</b>           | <b>( ) INTERNAÇÃO</b>                                     |
|                                                                      |                           |                                                           |
| <b>MÉDICO SOLICITANTE</b>                                            |                           | <b>DATA</b>                                               |
| <b>SEÇÃO MÉDICA</b>                                                  |                           |                                                           |
| <b>( ) AUTORIZADO GAB</b>                                            | <b>( ) AUTORIZADO ARE</b> | <b>( ) NÃO AUTORIZADO (DEVOLVER AO MÉDICOSOLICITANTE)</b> |
| <b>JUSTIFICATIVA DA NÃO AUTORIZAÇÃO:</b>                             |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
|                                                                      |                           |                                                           |
| <b>CHEFE DO FUNSA/SEÇÃO MÉDICA</b>                                   |                           | <b>DATA</b>                                               |
| <b>PREENCHIMENTO PELO PACIENTE / RESPONSÁVEL (EM CASO DE GAB)</b>    |                           |                                                           |
| OPÇÃO DE PRESTADOR: _____                                            |                           |                                                           |
| ASS PACIENTE/RESPONSÁVEL: _____ DATA: _____                          |                           |                                                           |

ANEXO AB - GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

|                                                                                     |                                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|
| Comando da Aeronáutica<br>Comando Geral do Pessoal<br>Diretoria de Saúde<br>GSAU-SJ | GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO<br>GAB | Número: GAB2024/GSAU-SJ/02079 |
|                                                                                     |                                             | Data: 29/8/2024               |
| Ao: CDA -                                                                           |                                             | CPF/CNPJ:                     |
| Endereço: avenida São João,1644                                                     |                                             | Telefone: (12) 2123-9200      |

Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)

|                                       |      |                 |             |
|---------------------------------------|------|-----------------|-------------|
| Nome do beneficiário:                 |      | SARAM:          |             |
| Grau de dependencia:                  | CPF: | Urgente: SIM    | Internação: |
| Nome do Titular:                      |      |                 |             |
| Posto/Graduação/Cat: PRIMEIRO-TENENTE | CPF: | Unidade: GAP SJ |             |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Especificações                                                                                                                                                            |                                                                                                                         |
| 001 - (CBHPM - 40316572) - Vitamina B12, dosagem                                                                                                                          |                                                                                                                         |
| Observações<br>Não cobrar indenização ao Paciente                                                                                                                         |                                                                                                                         |
| Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)<br><br> Comandante do GSAU-SJ | Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB |
| Assinatura do Comandante ou Diretor                                                                                                                                       | Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente                                                                      |

Esta guia tem validade de 60 (sessenta) dias a contar da data de emissão.

**ANEXO AC - GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTÊNCIA MÉDICO-  
HOSPITALAR (GEAM)**

|                                                                                                                                 |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>COMANDO DA AERONÁUTICA<br/>COMANDO GERAL DO PESSOAL<br/>DIRETORIA DE SAÚDE<br/>GRUPO DE SAÚDE DE<br/>SÃO JOSÉ DOS CAMPOS</b> | <b>GEAM Nº</b> _____<br><b>Data da Emissão:</b> ____/____/____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Ao: \_\_\_\_\_

(Nome do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CPF: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Encaminhado para \_\_\_\_\_

(consulta/internação/exame complementar/outros)

O(a) paciente, \_\_\_\_\_ SARAM

\_\_\_\_\_ dependente de, \_\_\_\_\_

(nome/posto/graduação), beneficiário EXCLUSIVO DA AMH (Assistência Médico-Hospitalar), informando que as despesas decorrentes desse atendimento serão pagas integral (100% - cem por cento) e diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

\_\_\_\_\_  
Chefe, Diretor ou Comandante da OM emitente

Eu, \_\_\_\_\_, beneficiário titular responsável pelo paciente acima identificado, SARAM \_\_\_\_\_, estou ciente de que deverei arcar integralmente com as despesas decorrentes da prestação do serviço em saúde, que serão pagas diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## ANEXO AD - OFÍCIO DE APRESENTAÇÃO DE USUÁRIO



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**

Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.941  
São José dos Campos-SP-CEP12227-000  
Tel:(12)3947-6678/Fax:(12)3941-3700/e-mail:protocolo.dcta@fab.mil.br

Ofício nº \_\_\_\_\_/FUNSA/\_\_\_\_\_  
Protocolo COMAER nº \_\_\_\_\_

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

A Sua Senhoria o(à) Senhor(a)

Coordenador do Comercial \_\_\_\_\_  
Credenciado \_\_\_\_\_  
Endereço do credenciado: \_\_\_\_\_

**Assunto: Autorização de procedimento sem GAB**

Senhor(a) Coordenador(a) do Comercial,

1. Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, passo a tratar da autorização de procedimento sem Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB).
2. Sobre o assunto, informo-lhe que o seguinte procedimento foi autorizado para o/a paciente \_\_\_\_\_, Nr Ord \_\_\_\_\_:  
-Procedimento – código \_\_\_\_\_.
3. Ademais, é mister salientar que o referido caso se trata de um(a) paciente que não se encontra mais ativo(a) em nosso sistema, não sendo possível emitir a GAB.
4. Por fim, para eventuais dúvidas e demais esclarecimentos, coloco à disposição o Militar \_\_\_\_\_, Chefe da Seção de Emissão de GAB do Funsa do Grupo de Saúde de São José dos Campos, por meio do telefone **(12) 3947-3139** ou pelo e-mail [autorizacao.gsaj@fab.mil.br](mailto:autorizacao.gsaj@fab.mil.br).

Atenciosamente,

Brigadeiro do Ar FULANO DE TAL  
Chefe do Subdepartamento de Administração

**ANEXO AE - TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL**  
**GRUPO DE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

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

Nome do titular do FUNSA: \_\_\_\_\_  
Nome do dependente (paciente): \_\_\_\_\_  
Número da Matrícula (SARAM): \_\_\_\_\_  
Especialidade atendida: \_\_\_\_\_  
Data de atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de emissão: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.  
Telefone de contato do responsável: \_\_\_\_\_

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

Estou ciente que o não cumprimento deste termo acarretará o pagamento integral das despesas realizadas, conforme NSCA 160-7 6.1.4.1: *Excetuando-se os casos de urgência/emergência justificada, o uso da rede credenciada sem autorização formal e prévia da OC responsável será caracterizado como livre escolha pelo beneficiário/ responsável pelo paciente, situação em que o COMAER fica desincumbido da responsabilidade de arcar com as despesas que decorrerem desse uso.*

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário ou responsável

**A ser preenchido pela Organização Civil de Saúde (OCS)**

Horário limite para a troca do Termo para a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) \_\_\_\_\_  
Srs. Beneficiários, a troca somente será realizada dentro do prazo e horários estabelecidos acima.

Nome da recepcionista atendente: \_\_\_\_\_ Rubrica: \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

|                               |                                                                                                                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Documento:                    | EDITAL DE CREDENCIAMENTO                                                                                                          |
| Data/Hora de Criação:         | 04/12/2025 23:44:25                                                                                                               |
| Páginas do Documento:         | 237                                                                                                                               |
| Páginas Totais (Doc. + Ass.)  | 238                                                                                                                               |
| Hash MD5:                     | 869f78cb5127790cf96127bdb519c4d1                                                                                                  |
| Verificação de Autenticidade: | <a href="https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura">https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura</a> |

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten DEBORA CRISTINA CATARUCCI no dia 15/01/2026 às 11:36:42 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten EVANDRO RICHARD CÂNDIDO no dia 15/01/2026 às 11:37:38 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Terceiro Sargento RAPHAEL GÓES DE FREITAS SILVA CAETANO no dia 15/01/2026 às 11:39:19 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten DEBORA CRISTINA CATARUCCI no dia 15/01/2026 às 11:40:17 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap MARCOS PEDROSA SANTOS no dia 16/01/2026 às 07:34:51 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Ten Cel Med PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA no dia 16/01/2026 às 09:10:59 no horário oficial de Brasília.

## CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO