



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO C – CARTA-PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS)

Razão Social: Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta		CNPJ: 03.721.105/0001-28
Endereço: Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4		Telefone: 55 3324 4444
Área de Atuação: Prestação de serviço de quimioterapia		Especialidade: Oncologia
Representante (s) Legal (is): 1.Carla Fernanda Furtado Gardani 2.Sergio Luiz Mattos Charão		CPF: - 617.224.210-53 - 605.477.310-00

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Credenciamento do Comando da AD/3 e Posto Médico de Guarnição de Cruz Alta (PMGuCA) a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Convocação Nº 1-FuSEx/PMGuCA/Cmdo AD3-2024, Nup Nr 64261.005283/2023-92, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes nas Minutas dos Termos de Contrato. Para tanto, foram devidamente anexadas às documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

Carla Gardani

•Relação do Corpo Clínico (nome completo, especialidade e Nr no conselho de classe)

- Carla Fernanda Furtado Gardani - CRM 26064, CPF 617224210-53 - Oncologista Clínica Responsável Técnica
- Elaine Teila de Moraes Ferreira - COREN 350195, CPF 013.876.680-05 - Enfermeira Responsável Técnica
- Balduino Moro Junior - CRF 11781, CPF 012.169.630-88 - Farmacêutico Responsável Técnico

•Relação nominal dos códigos (SADT ou CBHPM 2016) e procedimentos a serem oferecidos para serem prestados a partir do momento da contratação:

- | <u>Código</u> | <u>serviço oferecido</u> |
|---------------|---------------------------------------|
| - 20104294 | Prestação de serviço de quimioterapia |

•Dias e Horários de Atendimento:

-De Segunda a sexta-feira das 9h00 às 12h00 e das 13h30 às 17h30

•Dados Bancários (Banco, Agência, Conta Corrente):

-Banco Brasil AG 0193-7 Cruz Alta RS - Conta Corrente 18378-4

•E-mail para recebimentos e envios de informações:

- cohca@comnet.com.br

Telefones para recebimento de informações: 55 3324- 4444

7.1) Diretoria - Carla Fernanda Furtado Gardani, Sergio Luiz Mattos Charão

Carla Gardani

7.2) Gerência Comercial - Sergio Luiz Mattos Charão

7.3) Atendimento ao cliente - Luciana de Carvalho de Mello

•Nome completo, identidade e CPF da testemunha que assinará o futuro contrato:

-Nome: **Alaine Teila de Moraes Ferreira**

-Identidade: **6100767431 SJSRS**

-CPF: **013.876.680-05**

As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:

1. HABILITAÇÃO JURÍDICA		
1.1	Carta Proposta devidamente preenchida (Anexo C).	
1.2	Cópia da cédula de identidade do (s) representante(s) legal (is) e da testemunha.	
1.3	Registro Público de Empresas Mercantis, no caso de empresário individual.	
1.4	Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com sua última alteração, devidamente registrada no Órgão competente e, no caso de sociedades empresárias, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, se for o caso, procurações que outorguem poderes a terceiros.	
1.5	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.	
1.6	Inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício.	

Luciana de Carvalho de Mello

1.7	Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.	
1.8	Em caso de cooperativas, conforme o art. 19, § 3º, da IN SLTI/MPOG nº 2/2008:	
1.8.1	Inscrição do ato constitutivo deve estar acompanhada de prova dos responsáveis legais;	
1.8.2	Registro na Organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual se houver;	
1.8.3	Ata de Fundação;	
1.8.4	Caso tenha o Estatuto Social, encaminhar acompanhado de a Ata da Assembleia;	
1.8.5	Regimento dos Fundos instituídos pelos cooperados, com a Ata da Assembleia que os aprovou;	
1.8.6	Editais de Convocação das 03 (três) últimas assembleias extraordinárias; e	
1.8.7	Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação.	

2. REGULARIDADE FISCAL

2.1	Inscrição no Sistema Unificado de Cadastro de Fornecedores (SICAF).	
2.2	Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).	
2.3	Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União.	
2.4	Certidão de Regularidade Fiscal (prova de regularidade relativa ao FGTS).	
2.5	Certidão Negativa de Falência, Concordata, Recuperação Judicial e Extrajudicial.	
2.6	Certidão Negativa de Débito Trabalhista.	

3. DECLARAÇÕES

3.1	Declaração nos termos do inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal. – Anexo I	
3.2	Declaração de Ausência de servidor no quadro funcional – Anexo J	
3.3	Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos- Anexo H	
3.4	Declaração de que não Possui Empregados em Trabalhos Forçados- Anexo K	
3.5	Declaração de Ciência e Concordância com o Edital - Anexo L	
3.6	Declaração de ser Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte - Anexo S	

LARLA
GARDINIA

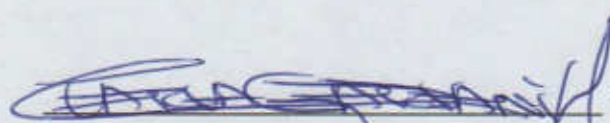
3.7	Declaração de Elaboração Independente de Proposta- Anexo T	
3.8		
3.9		
3.10		
3.11		
3.12		

4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA		
4.1	Registro ou inscrição da entidade ou prestador de serviço no Conselho de Classe respectivo.	
4.2	Atestado de capacidade técnica (Carta Referência) emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, declarando que o interessado prestou, a contento, serviço pertinente e compatível em características com o objeto deste Edital de Convocação. Anexo Q	
4.3	Diploma de Graduação.	
4.4	O responsável técnico deverá comprovar no mínimo 03 (três) anos de experiência na área pretendida, mediante apresentação da declaração de Responsabilidade Técnica perante o Conselho de Classe Profissional.	
4.5	Alvará de autorização sanitária válido.	
4.5.1	Alvará de autorização vencido:	
4.5.1.1	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.	
4.5.2	Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias):	
4.5.2.1	Documento a ser apresentado alvará de autorização sanitária válido.	
4.5.3	Situação: requerimento superveniente a instituição da empresa:	
4.5.3.1	Documento a ser apresentado: alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.	
4.5.4	Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial:	
4.5.4.1	Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.	
4.6	Alvará de Funcionamento.	
4.7	Para habilitação em especialidades odontológicas, devem ser juntadas provas de inscrição junto ao respectivo CRO na condição de especialista.	
4.8	Os serviços abaixo relacionados estão restritos aos detentores do respectivo título de especialização:	

Carla
GARDINHA

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial; Endodontia; Periodontia; Prótese Fixa, acima de 05 (cinco) elementos; Estomatologia; Implantodontia; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia Funcional dos Maxilares; Radiologia Odontológica e Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

Cruz Alta
Cruz Alta 17 / Junho / 2007
 (Local,data)


 (Assinatura do Representante Legal/Carimbo)

Nome Completo: Carla Fernanda Furtado Gardani

Identidade: RG 7013145615 CRM 26064



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO**

ANEXO C – CARTA-PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS)

Razão Social: Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta		CNPJ: 03.721.105/0001-28
Endereço: Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4		Telefone: 55 3324 4444
Área de Atuação: Prestação de serviço de quimioterapia	Especialidade: Oncologia	
Representante (s) Legal (is): 1.Carla Fernanda Furtado Gardani 2.Sergio Luiz Mattos Charão		CPF: - 617.224.210-53 - 605.477.310-00

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Credenciamento do Comando da AD/3 e Posto Médico de Guarnição de Cruz Alta (PMGuCA) a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Convocação Nº 1-FuSEx/PMGuCA/Cmdo AD3-2024, Nup Nr 64261.005283/2023-92, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes nas Minutas dos Termos de Contrato. Para tanto, foram devidamente anexadas às documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

Carla F. Gardani

•Relação do Corpo Clínico (nome completo, especialidade e Nr no conselho de classe)

- Carla Fernanda Furtado Gardani - CRM 26064, CPF 617224210-53 -- Oncologista Clínica Responsável Técnica
- Elaine Teila de Moraes Ferreira -- COREN 350195, CPF 013.876.680-05 -- Enfermeira Responsável Técnica
- Balduino Moro Junior -- CRF 11781, CPF 012.169.630-88 -- Farmacêutico Responsável Técnico

•Relação nominal dos códigos (SADT ou CBHPM 2016) e procedimentos a serem oferecidos para serem prestados a partir do momento da contratação:

Código serviço oferecido

- 20104294 Prestação de serviço de quimioterapia

•Dias e Horários de Atendimento:

-De Segunda a sexta-feira das 9h00 às 12h00 e das 13h30 às 17h30

•Dados Bancários (Banco, Agência, Conta Corrente):

--Banco Brasil AG 0193-7 Cruz Alta RS -- Conta Corrente 18378-4

•E-mail para recebimentos e envios de informações:

- cohca@comnet.com.br

Telefones para recebimento de informações: 55 3324- 4444

Carla

7.1) Diretoria - Carla Fernanda Furtado Gardani, Sergio Luiz Mattos Charão

7.2) Gerência Comercial - Sergio Luiz Mattos Charão

7.3) Atendimento ao cliente - Luciana de Carvalho de Mello

•Nome completo, identidade e CPF da testemunha que assinará o futuro contrato:

-Nome: Alaine Teila de Moraes Ferreira

-Identidade: 6100767431 SJSRS

-CPF: 013.876.680-05

As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:

1. HABILITAÇÃO JURÍDICA		
1.1	Carta Proposta devidamente preenchida (Anexo C).	
1.2	Cópia da cédula de identidade do (s) representante(s) legal (is) e da testemunha.	
1.3	Registro Público de Empresas Mercantis, no caso de empresário individual.	
1.4	Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com sua última alteração, devidamente registrada no Órgão competente e, no caso de sociedades empresárias, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, se for o caso, procurações que outorguem poderes a terceiros.	
1.5	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.	
1.6	Inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício.	

LATA

1.7	Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.	
1.8	Em caso de cooperativas, conforme o art. 19, § 3º, da IN SLTI/MPOG nº 2/2008:	
1.8.1	Inscrição do ato constitutivo deve estar acompanhada de prova dos responsáveis legais;	
1.8.2	Registro na Organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual se houver;	
1.8.3	Ata de Fundação;	
1.8.4	Caso tenha o Estatuto Social, encaminhar acompanhado de a Ata da Assembleia;	
1.8.5	Regimento dos Fundos instituídos pelos cooperados, com a Ata da Assembleia que os aprovou;	
1.8.6	Editais de Convocação das 03 (três) últimas assembleias extraordinárias; e	
1.8.7	Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação.	

2. REGULARIDADE FISCAL

2.1	Inscrição no Sistema Unificado de Cadastro de Fornecedores (SICAF).	
2.2	Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).	
2.3	Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União.	
2.4	Certidão de Regularidade Fiscal (prova de regularidade relativa ao FGTS).	
2.5	Certidão Negativa de Falência, Concordata, Recuperação Judicial e Extrajudicial.	
2.6	Certidão Negativa de Débito Trabalhista.	

3. DECLARAÇÕES

3.1	Declaração nos termos do inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal. – Anexo I	
3.2	Declaração de Ausência de servidor no quadro funcional – Anexo J	
3.3	Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos- Anexo H	
3.4	Declaração de que não Possui Empregados em Trabalhos Forçados- Anexo K	
3.5	Declaração de Ciência e Concordância com o Edital - Anexo L	
3.6	Declaração de ser Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte - Anexo S	

Carla

3.7	Declaração de Elaboração Independente de Proposta- Anexo T	
3.8		
3.9		
3.10		
3.11		
3.12		

4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA		
4.1	Registro ou inscrição da entidade ou prestador de serviço no Conselho de Classe respectivo.	
4.2	Atestado de capacidade técnica (Carta Referência) emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, declarando que o interessado prestou, a contento, serviço pertinente e compatível em características com o objeto deste Edital de Convocação. Anexo Q	
4.3	Diploma de Graduação.	
4.4	O responsável técnico deverá comprovar no mínimo 03 (três) anos de experiência na área pretendida, mediante apresentação da declaração de Responsabilidade Técnica perante o Conselho de Classe Profissional.	
4.5	Alvará de autorização sanitária válido.	
4.5.1	Alvará de autorização vencido:	
4.5.1.1	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.	
4.5.2	Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias):	
4.5.2.1	Documento a ser apresentado alvará de autorização sanitária válido.	
4.5.3	Situação: requerimento superveniente a instituição da empresa:	
4.5.3.1	Documento a ser apresentado: alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.	
4.5.4	Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial:	
4.5.4.1	Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.	
4.6	Alvará de Funcionamento.	
4.7	Para habilitação em especialidades odontológicas, devem ser juntadas provas de inscrição junto ao respectivo CRO na condição de especialista.	
4.8	Os serviços abaixo relacionados estão restritos aos detentores do respectivo título de especialização:	

CARLOS

	Cirurgia Buco-Maxilo-Facial; Endodontia; Periodontia; Prótese Fixa, acima de 05 (cinco) elementos; Estomatologia; Implantodontia; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia Funcional dos Maxilares; Radiologia Odontológica e Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.	
--	--	--

Cruz Alta

Cruz Alta, 17 / Junho / 2024
(Local,data)



(Assinatura do Representante Legal/Carimbo)

Nome Completo: Carla Fernanda Furtado Gardani

Identidade: RG 7013145615 CRM 26064



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO H

DECLARAÇÃO SOBRE A INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta (Razão Social da OCS), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica(CNPJ)/Cadastro de Pessoa Física sob o nº (CPF) 03.721.105/0001-28, sediada na Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4 Centro CEP 98025-220 Cruz Alta RS DECLARA, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cruz Alta - RS, 22 de 07 de 2024
(Local e data)

Carla Fernanda Furtado Gardani

COHCA
Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta
Rua Cel. Pillar, 748 - Sala 4 - Centro - Cruz Alta - RS
Tel 3354 - 4444



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO H

DECLARAÇÃO SOBRE A INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta (Razão Social da OCS), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica(CNPJ)/Cadastro de Pessoa Física sob o nº (CPF) 03.721.105/0001-28, sediada na Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4 Centro CEP 98025-220 Cruz Alta RS DECLARA, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cruz Alta - RS, 22 de 04 de 2021
(Local e data)

Carla Fernanda Furtado Gardani


COHICA
Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta
Rua Col. Pillar, 748 - Sala 4 - Centro do HBB
Tel 3324 - 4444



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO**

ANEXO I - DECLARAÇÃO NÃO EMPREGABILIDADE DE MENORES

O interessado abaixo identificado, DECLARA, sob as penas da Lei, para os fins requeridos no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, consoante o que se estabeleceu no artigo 1º, da Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não tem em seu quadro de empregados menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como em qualquer trabalho, menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

IDENTIFICAÇÃO	
Empresa: : Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta	CNPJ: 03.721.105-0001- 28
Signatário (s): Carla Fernanda Furtado Gardani	CPF: 617.224.210-53

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos de idade, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO
()	(x)

Em Cruz Alta, 22/07/2021
(Local, data)

Carla Fernanda Furtado Gardani



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO**

ANEXO I - DECLARAÇÃO NÃO EMPREGABILIDADE DE MENORES

O interessado abaixo identificado, DECLARA, sob as penas da Lei, para os fins requeridos no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, consoante o que se estabeleceu no artigo 1º, da Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não tem em seu quadro de empregados menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como em qualquer trabalho, menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

IDENTIFICAÇÃO	
Empresa: : Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta	CNPJ: 03.721.105-0001- 28
Signatário (s): Carla Fernanda Furtado Gardani	CPF: 617.224.210-53

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos de idade, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO
()	(x)

Em Cruz Alta, 22/07/24.
(Local, data)

Carla Fernanda Furtado Gardani



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

CMS – 3ª DE

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO

(5ª Brigada de Artilharia/1915)

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO J - Declaração de Ausência de Servidor no Quadro Funcional da Credenciada

DADOS DO CREDENCIADO	
CREDENCIADO (OCS/PSA): Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda	CNPJ/CPF: 03.721.105/0001-28
REPRESENTANTE LEGAL: Carla Fernanda Furtado Gardani	CPF: 617.224.210-53

DECLARA, sob as penas da Lei, de que não há em seu quadro funcional (como funcionários, proprietários ou diretores), qualquer servidor da CREDENCIANTE, civil ou militar (da ativa, reconvocados ou prestadores de tarefa por tempo certo), do **Comando da Artilharia Divisionária/3 ou da Bateria de Comando da AD/3**, conforme § 1º do Art. 9º, da Lei nº 14.133/2021.

Em Cruz Alta, 22 / 04 / 2024
(Local, data)

Carla Fernanda Furtado Gardani

Identidade: RG 7013145615 CRM 26064



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

CMS – 3ª DE

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO

(5ª Brigada de Artilharia/1915)

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO J - Declaração de Ausência de Servidor no Quadro Funcional da Credenciada

DADOS DO CREDENCIADO	
CREDENCIADO (OCS/PSA): Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda	CNPJ/CPF: 03.721.105/0001-28
REPRESENTANTE LEGAL: Carla Fernanda Furtado Gardani	CPF: 617.224.210-53

DECLARA, sob as penas da Lei, de que não há em seu quadro funcional (como funcionários, proprietários ou diretores), qualquer servidor da CREDENCIANTE, civil ou militar (da ativa, reconvocados ou prestadores de tarefa por tempo certo), do **Comando da Artilharia Divisionária/3 ou da Bateria de Comando da AD/3**, conforme § 1º do Art. 9º, da Lei nº 14.133/2021.

Em Cruz Alta, 22/07/2021
(Local, data)

Carla Fernanda Furtado Gardani

Identidade: RG 7013145615 CRM 26064

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUEx/Comdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO K

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI EMPREGADOS EM TRABALHOS DEGRADANTES OU FORÇADOS

Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda (Razão Social da OCS), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/Cadastro de Pessoa Física sob o (CNPJ/CPF) nº 03.721.105/0001-28 sediada na Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4, Centro CEP 98025-220 Cruz Alta RS DECLARA, sob as penas da Lei, que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, para os fins requeridos nos incisos III e IV, do artigo 1º e no Inciso III do art. 5º da Constituição Federal.

Cruz Alta - RS, 22 de 04 de 2021

(Local e data)

Carla Fernanda Furtado Gardani

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Comdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

CMS – 3ª DE

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO

(5ª Brigada de Artilharia/1915)

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO K

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI EMPREGADOS EM TRABALHOS DEGRADANTES OU FORÇADOS

Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda (Razão Social da OCS), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/Cadastro de Pessoa Física sob o (CNPJ/CPF) nº 03.721.105/0001-28 sediada na Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4, Centro CEP 98025-220 Cruz Alta RS DECLARA, sob as penas da Lei, que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, para os fins requeridos nos incisos III e IV, do artigo 1º e no Inciso III do art. 5º da Constituição Federal.

Cruz Alta - RS, ____ de ____ de 20__

(Local e data)

Carla Fernanda Furtado Gardani

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Comdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

CMS – 3ª DE

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO

(5ª Brigada de Artilharia/1915)

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO L – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA COM O EDITAL

Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta (Razão Social da OCS), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/Cadastro de Pessoa Física sob o nº (CNPJ/CPF) 03.721.105/0001-28, sediada na Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4 Centro CEP 98025-220 DECLARA, sob as penas da Lei, de que está ciente das condições contidas no **Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Comdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92** e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação nele definidos e que concorda com os mesmos, de acordo com o que é estabelecido no item 4.2 do Anexo VII-A da Instrução Normativa nº 5-SEGES/MPDG, de 26 de maio de 2017.

Cruz Alta - RS, 22 de 04 de 2024

(Local e data)

Carla Fernanda Furtado Gardani


COHCA
Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta
Rua Cel. Pillar, 748 - Sala 4 - Centro - 98025-220
Tel 3324 - 4444

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUEx/Comdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

CMS – 3ª DE

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO

(5ª Brigada de Artilharia/1915)

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO L – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA COM O EDITAL

Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta (Razão Social da OCS), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/Cadastro de Pessoa Física sob o nº (CNPJ/CPF) 03.721.105/0001-28, sediada na Rua Coronel Pillar, 748 Sala 4 Centro CEP 98025-220 DECLARA, sob as penas da Lei, de que está ciente das condições contidas no **Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUEx/Comdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92** e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação nele definidos e que concorda com os mesmos, de acordo com o que é estabelecido no item 4.2 do Anexo VII-A da Instrução Normativa nº 5-SEGES/MPDG, de 26 de maio de 2017.

Cruz Alta - RS, ____ de ____ de 20__

(Local e data)

Carla Fernanda Furtado Gardani

COHCA
Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta
Rua Cel. Pillar, 748 - Sala 4 - Anexo ao HSL
Tel 3324 - 4444



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO T - Declaração de Elaboração Independente de Proposta

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3
NUP 64261.005283/2023-92

Carla Fernanda Furtado Gardani (nome do representante legal da OCS), como representante devidamente constituído do Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda(nome da OCS) CNPJ: 03.721.105/0001-28, para fins do disposto no **Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92**, declara, sob as penas da lei, em especial o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que: (a) a proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 foi elaborada de maneira independente pelo (a) Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda (nome da OCS), CNPJ: 03.721.105/0001-28 e o conteúdo da proposta não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (b) a intenção de apresentar a proposta elaborada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 –

Assinatura manuscrita em azul, provavelmente do representante legal da OCS.

SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não foi informada, discutida ou recebida de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (c) que não tentou, por qualquer meio ou por qualquer pessoa, influir na decisão de qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, quanto a participar ou não do referido credenciamento;

(d) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não será, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, comunicado ou discutido com qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 antes da conclusão do credenciamento; (e) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer integrante de COMANDO DA ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO OU DO POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO DE CRUZ ALTA/RS antes da conclusão do referido processo de credenciamento; e (f) que está plenamente ciente do teor e da extensão desta declaração e que detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Cruz Alta-RS, em 22 de 07 de 2024



Carla Fernanda Furtado Gardani CPF 617.228.210-53





MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO T - Declaração de Elaboração Independente de Proposta

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3
NUP 64261.005283/2023-92

Carla Fernanda Furtado Gardani (nome do representante legal da OCS), como representante devidamente constituído do Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda(nome da OCS) CNPJ: 03.721.105/0001-28, para fins do disposto no **Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92**, declara, sob as penas da lei, em especial o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que: (a) a proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 foi elaborada de maneira independente pelo (a) Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda (nome da OCS), CNPJ: 03.721.105/0001-28 e o conteúdo da proposta não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (b) a intenção de apresentar a proposta elaborada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 –

Carla

SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não foi informada, discutida ou recebida de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (c) que não tentou, por qualquer meio ou por qualquer pessoa, influir na decisão de qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, quanto a participar ou não do referido credenciamento;

(d) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não será, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, comunicado ou discutido com qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 antes da conclusão do credenciamento; (e) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer integrante de COMANDO DA ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO OU DO POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO DE CRUZ ALTA/RS antes da conclusão do referido processo de credenciamento; e (f) que está plenamente ciente do teor e da extensão desta declaração e que detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Cruz Alta-RS, em 22 de 07 de 2024



Carla Fernanda Furtado Gardani CPF 617.228.210-53

260604





MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO T - Declaração de Elaboração Independente de Proposta

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUEx/Cmdo AD/3
NUP 64261.005283/2023-92

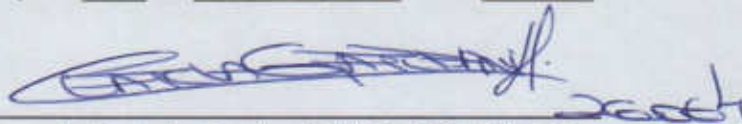
Carla Fernanda Furtado Gardani (nome do representante legal da OCS), como representante devidamente constituído do Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda(nome da OCS) CNPJ: 03.721.105/0001-28, para fins do disposto no **Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92**, declara, sob as penas da lei, em especial o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que: (a) a proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 foi elaborada de maneira independente pelo (a) Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda (nome da OCS), CNPJ: 03.721.105/0001-28 e o conteúdo da proposta não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (b) a intenção de apresentar a proposta elaborada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 –

Assinatura manuscrita em tinta azul, provavelmente da Carla Fernanda Furtado Gardani.

SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não foi informada, discutida ou recebida de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (c) que não tentou, por qualquer meio ou por qualquer pessoa, influir na decisão de qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, quanto a participar ou não do referido credenciamento;

(d) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não será, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, comunicado ou discutido com qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 antes da conclusão do credenciamento; (e) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer integrante de COMANDO DA ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO OU DO POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO DE CRUZ ALTA/RS antes da conclusão do referido processo de credenciamento; e (f) que está plenamente ciente do teor e da extensão desta declaração e que detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Cruz Alta-RS, em 22 de 07 de 2024



Carla Fernanda Furtado Gardani CPF 617.224.210-53





MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª DE
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO
(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO T - Declaração de Elaboração Independente de Proposta

Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3
NUP 64261.005283/2023-92

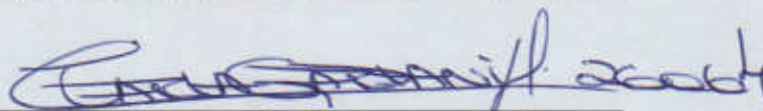
Carla Fernanda Furtado Gardani (nome do representante legal da OCS), como representante devidamente constituído do Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda(nome da OCS) CNPJ: 03.721.105/0001-28, para fins do disposto no **Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92**, declara, sob as penas da lei, em especial o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que: (a) a proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 foi elaborada de maneira independente pelo (a) Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda (nome da OCS), CNPJ: 03.721.105/0001-28 e o conteúdo da proposta não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (b) a intenção de apresentar a proposta elaborada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 –

Carla F.

SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não foi informada, discutida ou recebida de qualquer outro participante potencial ou de fato do Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; (c) que não tentou, por qualquer meio ou por qualquer pessoa, influir na decisão de qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, quanto a participar ou não do referido credenciamento;

(d) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92, não será, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, comunicado ou discutido com qualquer outro participante potencial ou de fato do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 antes da conclusão do credenciamento; (e) que o conteúdo da proposta apresentada para participar do credenciamento referente ao Edital de Credenciamento 01/2024 – SALC/FUSEx/Cmdo AD/3 – NUP 64261.005283/2023-92 não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido ou recebido de qualquer integrante de COMANDO DA ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO OU DO POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO DE CRUZ ALTA/RS antes da conclusão do referido processo de credenciamento; e (f) que está plenamente ciente do teor e da extensão desta declaração e que detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Cruz Alta-RS, em 22 de 07 de 2024



Carla Fernanda Furtado Gardani CPF 617.224.210-53



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3 DE

ARTILHARIA DIVISIONÁRIA DA 3ª DIVISÃO DE EXÉRCITO

(5ª Brigada de Artilharia/1915)
ARTILHARIA DIVISIONÁRIA BRIGADEIRO GURJÃO

ANEXO B - TABELA DE PREÇOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1-FuSEx/PMGuCA/Comdo AD3
NUP 64261.005283/2023-92 - MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA/RSANO 2023

ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS), PROFISSIONAIS SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) CRUZ ALTA, RS

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Este documento discrimina as definições, conceituações, tabelas, índices, valores e outros serviços de saúde objetos do credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), do Comando da Artilharia Divisionária da 3ª Divisão de Exército (Comdo AD/3), para a prestação de serviço de saúde de natureza contínua médico-hospitalar, domiciliar, ambulatorial, odontológica, laboratorial, de imagem, de reabilitação, de atendimento de emergência/urgência em regime de 24 horas e remoção inter-hospitalar com ambulância de suporte avançado aos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército (SSEx). Este foi constituído para atender aos seguintes Planos Internos: Fundo de Saúde do Exército, Ex-Combatente, Fator de Custo e PASS (Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro), seus dependentes e pensionistas, nas condições especificadas neste Edital.

1.1.1 Especialidades Médicas: Alergologia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia da mão, Cirurgia de cabeça e pescoço, Cirurgia do aparelho digestivo, Cirurgia geral, Cirurgia pediátrica, Cirurgia plástica, Cirurgia torácica, Cirurgia vascular, Cirurgia Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia e Hematoterapia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Medicina de Emergência, Medicina de Família, Medicina Esportiva, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Legal e Perícia Médica, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva e Social, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Oncologia, Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia, Reumatologia e Urologia.

1.1.2 Exames de Diagnóstico por Imagem: Radiografia simples, Radiografia contrastada, Angiografia, Mamografia, Medicina Nuclear, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Tomografia por Emissão de Pósitrons, Densitometria óssea, Ressonância Magnética, Elastografia, Eletroneuromiografia, Eletrocardiograma e Eletroencefalograma; e

1.1.3 Outros serviços de saúde: Exames de Diagnóstico por Imagem em Odontologia, Exames

[Assinatura]

Laboratoriais, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Laboratório de Análises Clínicas, Laboratório de Patologia Médica, Laboratório de Patologia Odontológica, Psicologia, Psicopedagogia, Psicomotricidade, Terapia especial e Terapia Ocupacional.

1.2 Os procedimentos que não constam no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), não terão a cobertura do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx).

2. HONORÁRIOS MÉDICOS

2.1 Para os honorários médicos, ao que se refere a procedimentos intervencionistas, os valores para pagamento serão calculados usando como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2014, com portes publicados no Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2014.

2.2 O valor da Unidade de Custo Operacional (UCO) será calculado como referência a da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2014, publicado em novembro de 2014, sendo no valor de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos).

2.3 Os valores dos portes publicados em 18 de outubro de 2014, seguem descritos na tabela abaixo:

COMUNICADO OFICIAL CBHPM

Em resposta às consultas advindas de inúmeros associados da nossa entidade, a respeito da defasagem que a inflação acarretou aos custos dos serviços médicos, a Associação Médica Brasileira encaminhou o assunto à Comissão de Economia Médica para que fosse realizada uma análise autônoma da questão, no período de outubro/2013-setembro/2014.

Serve o presente para comunicar que aquela Comissão concluiu pela adoção do INPC/IBGE do período, que corresponde ao índice de 6,59% para correção nos valores referenciais dos serviços médicos.

Diante disso, tal percentual de reajuste pode ser adotado como referencial, a partir de outubro de 2014, para a CBHPM em vigência.

Quanto a unidade de Custo Operacional fica estabelecida 1 UCO = R\$ 16,15.

São Paulo, 18 de outubro de 2014.

1A	R\$ 14,49	5C	R\$ 329,54	10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97	6A	R\$ 357,84	10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47	6B	R\$ 393,51	11A	R\$ 1.276,56
2A	R\$ 57,96	6C	R\$ 430,43	11B	R\$ 1.402,08
2B	R\$ 76,40	7A	R\$ 464,82	11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42	7B	R\$ 514,48	12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55	7C	R\$ 608,70	12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,67	8A	R\$ 657,11	12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83	8B	R\$ 688,94	13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22	8C	R\$ 730,96	13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60	9A	R\$ 776,82	13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,18	9B	R\$ 849,41	14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52	9C	R\$ 935,98	14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45	10A	R\$ 1.004,76	14C	R\$ 3.750,34

UCO = R\$ 16,15

2.4 Quando algum código referente a procedimento executado no atendimento não constar na Tabela CBHPM 2014, será utilizada a próxima Tabela CBHPM, onde o referido código vier a estar publicado, não havendo alteração nas especialidades definidas na tabela acima. O UCO utilizado, será da tabela vigente neste edital.

[Assinatura]

3. CONSULTA MÉDICA

3.1 Para as consultas/visitas médicas serão aplicados os valores referenciados na tabela abaixo:

Item	Descrição	Valor
1	Consulta Médica com especialista (OCS/PSA)	R\$ 140,00
2	Consulta em Pronto Socorro	R\$ 85,00
3	Chamada de especialista na emergência em qualquer horário	R\$ 200,00
4	Visita Hospitalar a paciente internado	R\$ 78,25

3.2 No caso de chamada de especialista (item 3), não haverá o pagamento da Consulta em Pronto Socorro (item 2), ficando apenas a cobertura das demais despesas realizadas no momento do atendimento.

3.3 Retorno a consulta ambulatorial: será considerado retorno e portanto sem emissão de nova guia de encaminhamento as consultas ambulatoriais realizadas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo médico assistente, desde que o beneficiário procure o referido médico para agendar a consulta de retorno em até 20 (vinte) dias da consulta originária. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado, será considerada nova consulta, portanto será necessária a emissão de nova guia de encaminhamento.

3.4 Consultas médicas em casos de urgência/emergência em Pronto Socorro: caso haja necessidade de nova avaliação médica, pelo mesmo motivo, no pronto socorro de OCS, em intervalo inferior a 24 horas, não será realizada nova cobrança de Consulta em Pronto Socorro (item 2).

3.5 Visita Hospitalar: nos casos de internação hospitalar, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, o Médico Auditor do FuSEx deverá analisar e confirmar a necessidade, se for o caso. Havendo necessidade de parecer profissional de outra especialidade, o médico assistente deve registrar no prontuário tal solicitação. As visitas diárias devem ser comprovadas no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional assistente.

3.6. Clínica de Pediatria (atendimento ao recém nascido)

3.6.1 Para os honorários médicos da pediatria, ao receber o recém nascido no âmbito hospitalar, os valores serão calculados usando como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2018, com portes publicados no Comunicado Oficial CBHPM de 29 de outubro de 2018. Autorização: Parecer Técnico nº 263 – DRAS/D Sau, de 15 de agosto de 2022.

3.6.2 O valor da Unidade de Custo Operacional (UCO), será calculado como referência a da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2018, publicado em 29 de outubro de 2018, sendo de R\$ 20,47 (vinte reais e quarenta e sete centavos).

[Assinatura]

3.7 Clínica de Oftalmologia

3.7.1 A consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático e tonometria.

4. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1 Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

- Quando iniciado a partir das 19h até as 7h do dia seguinte em dias úteis;
- Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

5. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

5.1 Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico ou pacote cirúrgico para o conjunto.

5.2 Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

5.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%) ou pela mesma incisão (50%).

5.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta classificação.

5.5 Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

5.6 A valoração dos serviços prestados por médico auxiliar corresponderá ao percentual de 30% do ato praticado pelo cirurgião principal. Nos casos, em que houver, mais de 01 (um) profissional auxiliar, este percentual deverá ser valorado em 20% para os demais.

5.7 Sobre a UCO (Unidade de Custo Operacional), quando for realizado mais de um procedimento será valorado sobre o código de maior porte. A UCO não será remunerada quando houver taxa de utilização de vídeo.

5.8 Quanto a remuneração da UCO nos procedimentos cirúrgicos: ou remunera UCO ou remunera Taxa de Equipamento/ Taxa de vídeo. Quando realizado mais de um procedimento,

GMA

consequentemente 100% do maior porte e/ou 50% ou 70% dos demais portes do exames realizados, remunerar da mesma forma as demais UCO, sendo 100% da UCO do maior porte e respectivamente 50% ou 70% das demais UCOs.

6. PORTE ANESTÉSICO

6.1 A classificação dos portes anestésicos para cada procedimento terá como referência valores da tabela abaixo:

n.	Porte Anestésico	Valor (R\$)
1	Porte 01	123,55
2	Porte 02	180,83
3	Porte 03	266,16
4	Porte 04	393,51
5	Porte 05	608,70
6	Porte 06	849,41
7	Porte 07	1.208,51
8	Porte 08	1.594,37

7. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

7.1 Exames diagnósticos vinculados ao Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), como por exemplo raio X, ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância magnética, exames laboratoriais, exames patológicos e exames diagnósticos realizados pelo profissional médico, serão remunerados usando como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2012, com portes nela publicados em 18 de outubro de 2012, UCO de R\$ 12,00, Filme de R\$ 27,03.

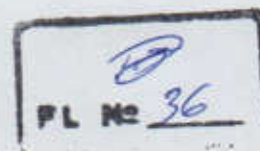
7.2 Quando algum código referente a procedimento executado no atendimento não constar na Tabela CBHPM 2012 referenciada, será utilizada a próxima Tabela CBHPM, não havendo alteração nas especificações definidas no item acima.

7.3 Para confirmar a realização de exames de diagnóstico, deve constar na fatura encaminhada ao Serviço de Auditoria de Contas, a requisição do médico assistente/especialista, assim como o comprovante de realização do exame.

7.4 Os laudos dos exames radiológicos realizados no P MedGuCA serão remunerados sobre 30% do valor do exame, constante da tabela CBHPM 2012.

7.5 A comprovação ou laudo do exame deve corresponder ao exame autorizado na guia de

encaminhamento e a solicitação do médico.



7.6 Exames laboratoriais especializados:

EXAME	VALOR (R\$)
SARS-COV-2 RT PCR	160,00
Teste SARS-COV-2 (Coronavírus COVID-19), teste rápido para detecção de antígeno por POCT	90,00
Exame Monkeypox vírus (qPCR)	350,00
HERPES TIPO IGG/IGM CADA	66,93
DENGUE NS1	80,00
GIARDIA- FEZES	60,00
HORMÔNIO ANTI-MULLERIANO	285,60
HLA B27	43,00

8. PSICOLOGIA

Os profissionais da Psicologia serão remunerados conforme tabela abaixo:

^a 1 Consulta (avaliação)	R\$ 70,00
Demais sessões	R\$ 60,00

8.1 As consultas de psicologia clínica limitam-se a 2 (duas) sessões em um período de 30 (trinta) dias, podendo, em casos excepcionais, ser autorizada a realização de até 4 (quatro) sessões no mesmo período, mediante justificativa formalizada do profissional prestador do serviço, desde que homologada por médico militar (auditoria prévia), bem como o número máximo de 200 (duzentas) sessões dentro de cada área, para total do tratamento, conforme estabelece o art. 38 da Portaria no DGP-48/2008.

9. FONAUDIOLOGIA

Os profissionais da Fonoaudiologia serão remunerados conforme tabela abaixo:

^a 1 Consulta (avaliação)	R\$ 70,00
Demais sessões	R\$ 60,00

9.1 Devem-se respeitar 8 (oito) sessões por área, em um período de 30 (trinta) dias, bem como, o número máximo de 200 (duzentas) sessões dentro de cada área, para total do tratamento, conforme estabelece o art. 38 da Portaria no DGP-48/2008.

10. NUTRIÇÃO

Os profissionais da Nutrição serão remunerados conforme tabela abaixo, sendo autorizada uma consulta de avaliação com retorno em até 15 dias.

a	R\$ 70,00
1 Consulta (avaliação)	
Demais sessões	R\$ 60,00

11. PSICOPEDAGOGIA E NEUROPSICOPEDAGOGIA

Os profissionais da Psicopedagogia e Neuropsicopedagogia serão remunerados conforme tabela abaixo:

a	R\$ 70,00
1 Consulta (avaliação)	
Demais sessões	R\$ 60,00

12. TERAPIA OCUPACIONAL

Os profissionais da Terapia Ocupacional serão remunerados conforme tabela abaixo:

a	R\$ 70,00
1 Consulta (avaliação)	
Demais sessões	R\$ 60,00

12.1 Devem-se respeitar 8 (oito) sessões por área, em um período de 30 (trinta) dias, bem como, o número máximo de 200 (duzentas) sessões dentro de cada área, para total do tratamento, conforme estabelece o art. 38 da Portaria no DGP-48/2008.

13. ATENDIMENTO A BENEFICIÁRIO COM NECESSIDADES ESPECIAIS

O atendimento a beneficiários com necessidades especiais (parecer favorável pela Divisão Regulação e Auditoria em Saúde – DRAS/D Sau 2023-2018; patologias ou síndrome que não constem no Rol da ANS, mas que passaram a incorporar o rol de procedimentos indenizáveis e sujeito a parecer do SSEX, forma indenizatória e legislação aplicada), será remunerado conforme tabela descrita abaixo.

Neste item considera-se a Reabilitação com uso do método Applied Behavior Analysis (ABA) (Favorável, cobertura / IR 10.007) e Denver (Favorável cobertura / IR-10.007) para beneficiários do FuSEX com necessidades especiais (Terapia Complementar).

Categoria Profissional*	Valor R\$
Psicologia	120,00
Fonoaudiologia	120,00
Psicopedagogia e Neuropsicopedagogia	120,00

*o profissional deverá comprovar capacitação multiprofissional em análise do comportamento aplicada (ABA) voltada ao transtorno do espectro autista (TEA).



13.1 A valoração se dará por sessão, sendo necessária a documentação comprobatória dos atendimentos, bem como contendo a data e assinatura dos responsáveis.

13.2 Outras categorias profissionais, desde que capacitadas para o atendimento a beneficiários portadores de necessidades especiais na metodologia ABA, deverão ser analisadas e aprovadas pelo serviço de auditoria e regulação do contratante.

14. FISIOTERAPIA

Os procedimentos fisioterapêuticos serão remunerados conforme Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos – RNPF 2023, com Coeficiente de Valoração (CV) para Honorários Fisioterapêuticos de R\$ 0,32 (trinta e dois centavos).

Quando em ambiente hospitalar a comprovação do atendimento se dará por intermédio de evoluções, por escrito, dos profissionais fisioterapeutas com assinatura e carimbo.

Os atendimentos fisioterápicos na área hospitalar deverão ter a prescrição do médico assistente, respeitando o quantitativo/dia conforme esta prescrição.

PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS			
Código	Descrição	Referencial CV	Valor
13106901	Consulta hospitalar (avaliação inicial)	150	R\$ 48,00
13106902	Consulta ambulatorial (avaliação inicial)	150	R\$ 48,00
13106903	Consulta Domiciliar (avaliação inicial)	150	R\$ 48,00
13106938	Disfunção neurofuncional paciente independente ou com dependência parcial NÍVEL AMBULATORIAL	100	R\$ 32,00
13106939	Disfunção neurofuncional paciente com dependência total NÍVEL AMBULATORIAL	180	R\$ 57,60
13106940	Disfunção neurofuncional paciente independente ou com dependência parcial NÍVEL HOSPITALAR	100	R\$ 32,00
13106941	Disfunção neurofuncional paciente com dependência total NÍVEL HOSPITALAR	180	R\$ 57,60
13106942	Disfunção locomotora paciente independente ou com dependência parcial NÍVEL AMBULATORIAL	100	R\$ 32,00
13106943	Disfunção locomotora paciente com dependência total NÍVEL AMBULATORIAL	150	R\$ 48,00
13106944	Disfunção locomotora paciente independente ou com dependência parcial NÍVEL HOSPITALAR	100	R\$ 32,00
13106945	Disfunção locomotora paciente com dependência total NÍVEL HOSPITALAR	150	R\$ 48,00
13106947	Disfunção do sistema respiratório clínica e ou cirúrgica atendida de forma individualizada NÍVEL AMBULATORIAL	150	R\$ 48,00
13106949	Disfunção do sistema respiratório clínica e ou cirúrgica atendida de forma individualizada NÍVEL HOSPITALAR	150	R\$ 48,00
13106973	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas	252	R\$ 80,64

47/2023

	disfunções do sistema nervoso central e/ou periférico		
13106974	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema locomotor (musculoesquelético)	210	R\$ 67,20
13106975	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema respiratório	210	R\$ 67,20
13106976	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema cardiovascular	210	R\$ 67,20
13106979	Atendimento fisioterapêutico domiciliar no pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos	210	R\$ 67,20

Obs: Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos – RNPF 2023.

14.1 Devem-se respeitar 8 (oito) sessões por área, em um período de 30 (trinta) dias, bem como, o número máximo de 200 (duzentas) sessões dentro de cada área, para total do tratamento, conforme estabelece o art. 38 da Portaria no DGP-48/2008.

14.2 A fisioterapia realizada em ambiente hospitalar, será remunerada conforme descrito abaixo:

14.2.1 Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em CTI – Adulto;

14.2.2 Até 03 (três) fisioterapias respiratórias (Ventilação Mecânica) e 02 (duas) motoras, por dia, em CTI-Adulto;

14.2.3 Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 01 (uma) motora, por dia, em apartamento, adulto e pediátrico;

14.2.4 Até 03 (três) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em CTI-Pediátrico; e

14.2.5 Até 03 (três) fisioterapias respiratórias (Ventilação Mecânica) e 02 (duas) motoras, em CTI-Pediátrico.

14.3 Estipula-se a duração de cada sessão em 50 (cinquenta) minutos de duração, conforme estabelece o art. 38 da Portaria no DGP-48/2008.

15. SERVIÇOS NA ÁREA DE ODONTOLOGIA

15.1 A especialidade da área de odontologia será remunerada conforme a tabela abaixo e serão contratados os seguintes procedimentos:

Serviços na área da Odontologia	RS
Radiografia Periapical	14,37
Panorâmica	64,34
Tomografia Computadorizada total de mandíbula	210,00
Tomografia Computadorizada total de maxila	210,00
Tomografia Computadorizada até 6 dentes	187,50
Tomografia Computadorizada até 4 dentes	161,25
Tomografia Computadorizada até 2 dentes	135,00
Pulpotomia	133,17
Exodontia de Dentes Decíduos	76,31
Restauração Temporária	78,81

44246

Restauração de Resina Fotopolimerizável Classe I, V ou IV em dentes anteriores	107,90
Restauração Temporária em ionômero	78,81
Urgência Endo. Pulpectomia	141,23
Provisório em Resina Acrílica	100,00
Exodontia (por elemento)	131,84

15.1. São considerados urgências odontológicas:

15.1.1. Dor dentária;

15.1.2. Fratura dentária em dentes posteriores;

15.1.3. Fratura dentária em dentes anteriores.

15.2. Será autorizada apenas restauração temporária em Ionômero para fraturas dentárias em dentes posteriores.

15.3. Será autorizada restauração de resina fotopolimerizável Classe I, V ou IV, apenas em casos de fratura dentária em dentes anteriores (canino a canino).

15.4. Casos de fraturas que não possibilitem restauração de resina fotopolimerizável em dentes anteriores e restauração temporária em Ionômero em dentes posteriores, poderá ser autorizada a confecção de provisório em resina acrílica.

15.5. Exodontia por elemento, será autorizada em casos de fratura ou em casos de periodontite avançada.

16. ONCOLOGIA

Para a valoração dos atendimentos relacionados a oncologia, observa-se a tabela abaixo:

Descrição	Valoração
Consulta inicial especializada	R\$ 150,00
Consulta de acompanhamento para pacientes em tratamento	R\$ 90,00
Pacote de administração de quimioterápico (por uso) Inclui: taxa de aplicação do quimioterápico, taxa assistencial da equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, etc), taxas de salas, diárias, medicamentos (exceto quimioterápicos) e materiais descartáveis.	R\$ 120,60
Quimioterápicos (isentos de ICMS)	Conforme preços considerados na Revista Brasíndice.
Quimioterápicos (sem isenção)	Conforme revista Brasíndice. Considerar preço de fábrica, mês, ano e características do medicamento.
Quimioterápicos (não incluídos no Brasíndice)	Serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal com acréscimo de 10%.

* Os quimioterápicos serão remunerados conforme a dose fracionada consumida.

** Quando a medicação oncológica sofrer isenção de ICMS, a contratada deverá deduzir o benefício do preço do respectivo produto, devendo ser demonstrado a dedução, expressamente, no documento fiscal.

17. MATERIAIS

17.1 Para a valoração dos materiais descartáveis será utilizada como referencial o Guia



Farmacêutico Brasíndice, vigente no mês do atendimento, com deflator de 20% (vinte por cento).

17.2 A remuneração dos materiais descartáveis que não constam no Guia Farmacêutico Brasíndice, do mês vigente a realização da despesa, serão valorados de acordo com a última edição publicada, tendo como base o preço de fábrica (PF) com o ICMS correspondente ao Estado do Rio Grande do Sul e deflator de 20%.

17.3 Quando o material não constar no Guia Farmacêutico Brasíndice, este será remunerado com base no valor da Nota Fiscal de compra com acréscimo de 45%.

17.4 Durante a fase de credenciamento ou prorrogação contratual, a Organização Civil de Saúde (Hospital) deverá apresentar a relação dos materiais padronizados utilizados pela instituição.

17.5 A relação padronizada de materiais da instituição credenciada poderá ser revisada e atualizada uma vez por ano, em período de renovação contratual, após parecer e aprovação do serviço de auditoria do contratante.

17.6 Em casos excepcionais, devidamente justificados e autorizados previamente pelo serviço de auditoria do contratante, poderão ser utilizados materiais que não constam na relação padronizada da instituição contratada.

17.7 Os materiais reprocessáveis serão valorizados mediante comprovação de reprocessamento (que não são classificados como uso único), sendo considerado o valor total de nota fiscal dividido pelas vezes que o material foi esterilizado (R/10). Para comprovação, no momento do faturamento, será necessária a apresentação da etiqueta de esterilização.

17.8 A OCS/ PSA credenciada deverá informar de forma clara no espelho analítico de cobrança a marca/ laboratório do material que está sendo cobrado, sendo o número TISS ou TUSS atualizado em brasíndice do mês da conta, ou nome da respectiva marca/ laboratório.

17.9 Em relação ao tempo de troca dos materiais e dispositivos, deverão ser respeitados os protocolos do serviço de controle de comissão hospitalar da OCS/PSA previamente apresentados ao serviço de auditoria. No caso da ausência deste protocolo, será observado o prazo previsto no manual de auditoria da DSAU.

17.10 Para os exames de imagens, quando utilizados kit de seringas, conectores, extensores a OCS/PSA deverá apresentar previamente o protocolo institucional do uso desses itens.

18. OPME

18.1 É proibida a substituição ou troca de OPME já autorizada, salvo durante intercorrências médicas imponderáveis, comprovadas no momento do ato cirúrgico. Nestes casos, a credenciada deverá comunicar o fato a credenciante, em até 72 (setenta e duas) horas. Será considerado glosa administrativa a justificativa fora do prazo estipulado.

18.2 A credenciada deverá fazer constar na conta hospitalar do beneficiário uma via original as

Carla

etiquetas que comprovem a utilização da OPME autorizada, juntamente com a descrição do seu uso no relatório cirúrgico, conforme legislação vigente:

RDC Nº 185, DE 22 DE OUTUBRO DE 2001 – ANVISA, RESOLUÇÃO-RE Nº 20606, DE 11 DE AGOSTO DE 2006 – ANVISA, RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 – ANVISA, PORTARIA Nº 403, DE 07 DE MAIO 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE), MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) – MINISTÉRIO DA SAÚDE:

18.3 A remuneração das OPME será valorada com acréscimo de 10% sobre o valor da Nota Fiscal de compra.

18.4 Para as OPMEC (órteses, próteses, materiais especiais e cirúrgicos), nos casos de urgência e emergência, devidamente comprovada, não há necessidade de autorização prévia, sendo que a sua utilização deverá ser informada em até 24 horas do primeiro dia útil subsequente ao evento e a caracterização do quadro. A credenciante deverá realizar auditoria concorrente para comprovação da urgência/emergência.

19. MEDICAMENTOS DE USO GERAL, MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO, SOLUÇÕES, RADIOFÁRMACOS E CONTRASTES

19.1 Para a valoração dos medicamentos de uso geral, medicamentos de uso restrito, soluções, radiofármacos e contrastes, será utilizada como referência o Guia Farmacêutico Brasíndice, correspondente ao mês e ano do atendimento, remunerado pelo preço de fábrica (PF) com o ICMS correspondente ao Estado do Rio Grande do Sul.

19.2 Os medicamentos que não constam no Guia Farmacêutico Brasíndice, do mês vigente a realização da despesa, serão valorados de acordo com a última edição publicada, tendo como base o preço de fábrica (PF) com o ICMS correspondente ao Estado do Rio Grande do Sul.

19.3 Quando o medicamento não constar no Guia Farmacêutico Brasíndice, este será remunerado com base no valor da Nota Fiscal de compra com acréscimo de 45%.

19.4 Medicamentos com valor monetário superior a 50% do salário mínimo nacional (vigente) necessitam de aprovação prévia do contratante, exceto nos casos de urgência/emergência devidamente comprovada.

19.5 Durante a fase de credenciamento ou prorrogação contratual, a Organização Civil de Saúde (Hospital) deverá apresentar a relação dos medicamentos padronizados utilizados pela instituição.

19.6 Em casos excepcionais, devidamente justificados e autorizados previamente pelo serviço de auditoria do contratante, poderão ser utilizados medicamentos que não constam na relação padronizada da instituição contratada.

GRAS

19.7 A relação padronizada de medicamentos da instituição credenciada poderá ser revisada e atualizada uma vez por ano, em período de renovação contratual, após parecer e aprovação do serviço de auditoria do contratante.

19.8 A OCS/ PSA credenciada deverá informar de forma clara no espelho analítico de cobrança a marca/ laboratório do medicamento que está sendo cobrado, sendo o número TISS ou TUSS atualizado em brasíndice do mês da conta, ou nome da respectiva marca/ laboratório.

20. PRODUTOS NUTRICIONAIS

20.1 Para a valoração dos produtos nutricionais será utilizada como referência o Guia Farmacêutico Brasíndice, correspondente ao mês e ano da utilização, remunerado pelo preço de fábrica (PF), com deflator de 20% e ICMS correspondente ao Estado do Rio Grande do Sul.

20.2 Os produtos nutricionais que não constam no Guia Farmacêutico Brasíndice, do mês vigente a realização da despesa, serão valorados de acordo com a última edição publicada, tendo como base o preço de fábrica (PF) com o ICMS correspondente ao Estado do Rio Grande do Sul.

20.3 Quando o produto nutricional não constar no Guia Farmacêutico Brasíndice, este será remunerado com base no valor da Nota Fiscal de compra com acréscimo de 45%.

20.4 Durante a fase de credenciamento ou prorrogação contratual, a Organização Civil de Saúde (Hospital) deverá apresentar a relação dos produtos nutricionais padronizados utilizados pela instituição.

20.5 No momento do faturamento das despesas, o credenciado deverá apresentar a marca e ou fabricante do produto nutricional que foi utilizado. Em caso de não apresentação da marca ou fabricante do produto, este será valorado com base no menor valor (PF) da última atualização publicada da Revista Brasíndice.

21. GASOMETRIA

Ar comprimido Hora (por hora em respirador)	R\$ 6,46
Gás Carbônico (por uso)	R\$ 25,78
Oxigênio (por hora)	R\$ 12,24
Oxigênio (CC- Primeira hora)	R\$ 12,24
Oxigênio (CC -meia hora subsequente)	R\$ 6,12
Protóxido de Ozônio por Hora	R\$ 53,86
Nitrogênio por hora	R\$ 53,03

22. DIÁRIAS HOSPITALARES

DIÁRIAS	Valor R\$
Diária Semi-Privativa	R\$ 356,12
Diária Semi-Privativa até 12 horas	R\$ 205,91
Diária UTI adulto (incluindo honorários médicos)	R\$ 1.443,78

CM 4/16

- Todos os itens que compõem as diárias normais mencionadas no item 21.1;
- Equipamentos: (oxímetro, monitor cardíaco, desfibrilador/cardioversor, nebulizador, aspirador a vácuo, bomba de infusão, respirador (CPAP/BIPAP), (VCM/BIPAP), HOOD, incubadora/berço aquecido, fototerapia, ventilador a volume. Exceto materiais (CPAP/BIPAP), (VCM/BIPAP), HOOD descartáveis.
- Utilização de aparelhagens e equipe técnica;
- Honorários do médico plantonista e intensivista; e
- Equipamentos e procedimentos relacionados a monitorização e avaliação do paciente.

22.4 No valor das diárias de Unidade de Terapia Intensiva Adulto ou Unidade de Terapia semi-intensiva estão **excluídos**:

- Todos os itens que compõem as diárias normais mencionadas no item 21.2
- Honorários do médico assistente, exceto plantonistas intensivistas.

22.5 Durante a permanência na UTI não poderá ser cobrada diária de unidade de internação.

22.6 Caso o paciente opte por acomodação em leito privativo, este poderá solicitar a realização do pagamento da diferença entre a diária semi-privativa (coberta pelo FuSEx) e a privativa (apresentada pela OCS), após assinatura do Termo de Ajuste Prévio junto ao Fundo de Saúde do Exército (FuSEx).

22.7 A diária de isolamento será paga após a comprovação, pelo médico assistente, de sua necessidade, fazendo constar o diagnóstico e ou condição clínica do paciente durante o período de internação.

23. TAXAS DE SALA

As taxas de sala serão remuneradas conforme tabela abaixo:

Descrição	Valor (R\$)
Sala Cirúrgica 1ª Hora	R\$ 330,00
Sala Cirúrgica até 45 min	R\$ 260,00
Sala Cirúrgica ½ Hora Subsequente CC	R\$ 165,75
Sala anestesia local (Por uso)	R\$ 91,89
Sala de recuperação pós anestésica local	R\$ 85,49
Sala de recuperação pós anestésica (até 06 horas)	R\$ 158,66
Sala de recuperação pós anestésica (até 12 horas)	R\$ 241,14
Sala de pré parto (por uso)	R\$ 82,06
Sala de parto (por uso)	R\$ 173,41
Sala de observação (por uso)	R\$ 53,55

24. TAXAS AMBULATORIAIS

24.1 As taxas de serviços em caráter ambulatorial que não estiverem inclusas em pacotes, serão remuneradas conforme segue abaixo:

UTIAS

Diária UTI pediátrica (incluindo honorários médicos)	R\$ 1.443,78
Diária UTI Neo Natal (incluindo honorários médicos)	R\$ 1.443,78
Diária UTI adulto/pediátrica/Neo até 12 horas (incluindo honorários médicos)	R\$ 807,36
Acompanhante (incluindo café da manhã)	R\$ 25,00
Diária RN Normal (maternidade ou equivalente)	R\$ 321,09
Diária RN Patológico (maternidade ou equivalente)	R\$ 560,75
Diária de Isolamento	R\$ 462,95

22.1 Os itens **incluídos** nas diárias de quartos semi-privativos e berçário são:

- Leito próprio (cama) ou alojamento conjunto em caso de maternidade;
- Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, serviço de camareira, cozeira e serviços gerais;
- Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia e suplementos);
- Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise; controle dos sinais vitais; controle de diurese; balanço hídrico; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos incluídos os serviços de enfermagem e excluídos materiais e medicamentos (enterocлизма, tricotomia, sondagens, lavagens gástricas, etc.); aspiração de secreções, berço aquecido com inclusão de materiais e medicamentos como sonda, soluções e luvas; orientação nutricional no momento da alta; realização de curativos com inclusão de gases, micro pores e soluções; transporte de equipamentos (raio x, eletrocardiógrafo, ultra-som, etc.); taxa de vigilância epidemiológica; atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; equipamentos de proteção individual (EPI); fototerapia até 24 (vinte e quatro) horas, em caso de berçário; alimentação após 06 (seis) horas, em caso de paciente em pronto-socorro; os equipamentos e procedimentos relacionados a monitorização e avaliação do paciente; registros hospitalares; documentação do paciente.

22.2 No valor das diárias de quartos semi-privativos e berçário estarão **excluídos**:

- Medicamentos;
- Materiais descartáveis, especiais e de síntese;
- Sangue e derivados;
- Materiais de curativos especiais;
- Órteses e próteses;
- Honorários médicos do especialista, assistente e anestesia;
- SADT (Serviço de apoio para diagnóstico e tratamento);
- Dietas especiais (enterais, parenterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, ileostomia, etc.);
- Gasoterapia;

22.3 Os itens **incluídos** nas diárias de Unidade de Terapia Intensiva Adulto ou Unidade de Terapia semi-intensiva são:

Handwritten signature

Descrição	Valor (R\$)
Aplicação de injeção IM/EV	R\$ 3,51
Ventilação mecânica – diária (inclusa nas diárias de CC e UTI)	R\$ 79,14
Enteroclisma	R\$ 15,65
Instalação de soro	R\$ 15,65
Cateterismo vesical (exclui sonda e coletor)	R\$ 21,30
Cateterismo retal (exclui sonda)	R\$ 27,02
Tricotomia (com material)	R\$ 28,41
Nebulização (com material e medicamentos)	R\$ 14,36
Lavagem/sondagem gástrica (exclui sonda)	R\$ 19,97
Lavagem de ouvido (inclui mat/med)	R\$ 3,02
Lavagem e aspirado de traquéia	R\$ 18,22
Hemoglicoteste/HGT (exclui materiais)	R\$ 6,83
Infiltração articular (incluído materiais)	R\$ 8,91
Punção lombar (exclui materiais)	R\$ 24,33
Flebotomia	R\$ 3,51
Limpeza de cateter totalmente implantado (Quimioterapia)(incluso Mat/Med)	R\$ 104,82

OBS: todas as taxas descritas acima serão remuneradas apenas uma vez (a cada atendimento).

25. CURATIVOS

Os curativos serão classificados e remunerados conforme descrição abaixo, incluindo material e medicação:

Tipo de curativo	Valor (R\$)
Especial	R\$ 55,57
Grande	R\$ 40,66
Médio	R\$ 22,36
Pequeno	R\$ 14,64
Umbilical	R\$ 7,75
Oftalmológico	R\$ 18,33
Ginecológico	R\$ 5,28
Traqueostomia	R\$ 25,20
Retirada de pontos	R\$ 15,79

25.1 São considerados curativos pequenos: cateteres centrais e arteriais, cesáreas, flebotomia, histerectomia, incisões pequenas e outras da mesma classificação sem exsudato, traqueostomia, oftalmológico, apendicectomia aberta ou por vídeo, cirurgias de tireóide, vericocele, colecistectomia e retirada de pontos cirúrgicos.

25.2 São considerados curativos médios: cirurgias infectadas, incisões com dreno, lesões cutâneas de média extensão, com exsudato entre outros.

25.3 São considerados curativos grandes: incisões contaminadas ou com deiscência de sutura, grandes cirurgias como reconstrução mamária, enxertos e outras reconstruções incluindo fascites,

UTICAB

toracotomia com ou sem drenagem, grandes queimados, infecção de esterno e cavidades abertas, com lavagem, grandes fistulas e outros da mesma similaridade.

25.4 São considerados curativos especiais: aquelas lesões que ultrapassem em dimensões as descritas em curativos grandes, acrescidas pelo uso de grande quantidade de material.

25.5 Classificação dos curativos:

Tamanho	Extensão	Profundidade	Exsudação
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima e moderada
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante

25.6 Os curativos serão remunerados a partir da comprovação em prescrição médica, evoluções da enfermagem e folhas de gasto.

25.7 Os itens incluídos nas taxas dos curativos são: gases, ataduras, esparadrapos, soro fisiológico, Clorexidina.

25.8 Os itens não inclusos nas taxas de curativos são: coberturas especiais e demais soluções e medicamentos necessários.

26. TAXAS DE EQUIPAMENTOS

Descrição	Valor (R\$)
Bomba de infusão (diária) de uso ambulatorial ou em pronto atendimento	R\$ 25,45
Aparelho de colonoscopia	R\$ 179,59
Taxa paga somente quando não for cobrado a UCO do procedimento médico	
Aparelho de Endoscopia	R\$ 179,59
Taxa paga somente quando não for cobrado a UCO do procedimento médico	
Bisturi bipolar (uso ambulatorial)	R\$ 44,16
Bomba de circulação extracorpórea	R\$ 77,77
Bomba de retorno venoso	R\$ 81,37
Cardiotocógrafo (diária)	R\$ 23,59
Craniótomo super (diária)	R\$ 143,12
Intensificador de imagem (por uso)	R\$ 175,05
Aparelho de vídeo (por uso)	R\$ 253,02
Taxa paga somente quando não for cobrado a UCO do procedimento médico	
Aparelho para vídeo laparoscopia exploratória (diária)	R\$ 253,02
Taxa paga somente quando não for cobrado a UCO do procedimento médico	
Ressector endoscópico (por uso)	R\$ 206,62
Tração esquelética (por uso)	R\$ 7,46

27. PACOTES DE HEMOTERAPIA

Itens	Valores
Concentrado de hemácias	R\$ 800,00

C. M. B.

Concentrado de plaquetas	R\$ 745,00
Plasma fresco congelado	R\$ 560,00
Crioprecipitado	R\$ 560,00
Concentrado de plaquetas por aférese	R\$ 2.530,00
Plasma por aférese	R\$ 2.530,00
Sangria	R\$ 108,94
Reserva cirúrgica	R\$ 60,00

27.1 Na valoração dos pacotes mencionados acima estão **incluído**: instalação das bolsas e testes realizados pelo banco de sangue.

27.2 Estão **excluídos**: testes de tipagem sanguínea e prova cruzada para a recepção da bolsa.

28. PACOTES CIRÚRGICOS

Tipo	Procedimento	Diária	Valor
CIR. VASCULAR	Varizes - trat. Cirúrgico (um membro)	1	R\$ 1.465,70
	Varizes - trat. Cirúrgico (dois membros)	1	R\$ 1.951,95
CIR.DIGESTIVO	Obesidade Mórbida Aberta	4	R\$ 10.321,88
	Obesidade Mórbida p/ Víde	4	R\$ 12.386,57
	Apendicectomia Convencional	3	R\$ 3.187,28
	Apendicectomia p/ Víde – incluso trocar	2	R\$ 3.187,28
	Fissurectomia Anal	1	R\$ 1.256,85
	Hemorroidectomia	1	R\$ 1.278,90
	Colecistectomia c/ ou s/ colangio p/ víde – incluso trocar	2	R\$ 3.993,15
	Herniorrafia Epigástrica – incluso tela	1	R\$ 1.728,30
	Herniorrafia Incisional – incluso tela	1	R\$ 2.026,50
	Herniorrafia Inguinal Unilateral – incluso tela	1	R\$ 1.459,50
	Herniorrafia Umbilical – incluso tela	1	R\$ 1.305,15
ENDOCRINOLOGIA	Tireoidectomia parcial e unilateral	1	R\$ 3.092,25
	Tireoidectomia total	3	R\$ 4.217,48
GINECOLOGIA	Video histeroscopia cirúrgica	1	R\$ 1.732,50
	Videolaparoscopia p/	1	R\$ 3.270,96



	biópsia/lise de aderência e/ou cauterização de focos de endometriose – incluso trocar		
	Incontinência Urinária Trat. Cir. Via alta ou baixa	3	R\$ 4.714,50
	Ooforectomia uni ou bilateral	2	R\$ 2.873,00
	Histerectomia Total	3	R\$ 3.451,14
	Histerectomia c/anexectomia uni ou bilateral	3	R\$ 4.144,14
	Extirpação de tumor ou adenoma e mama	1	R\$ 1.510,58
	Mastectomia com linfadectomia	1	R\$ 3.218,19
OTORRINOLARINGOLOGIA	Septo nasal/septoplastia	1	R\$ 2.215,29
	Sinusectomia trans maxilar	1	R\$ 2.427,60
	Adenoidectomia	1	R\$ 1.386,00
	Amigdalectomia	1	R\$ 1.533,00
	Amigdalectomia c/ adenonoiidelectomia	1	R\$ 1.907,64
UROLOGICA	Ressecção Endoscópica de Próstata	1	R\$ 4.771,31
	Orquidopexia unilateral	1	R\$ 1.666,32
	Varicocele unilateral	1	R\$ 1.836,45
	Postectomia	1	R\$ 929,78
OBSTETRÍCIA	Parto Normal - Acomod. Semi Privat.	1	R\$ 2.315,11
	Parto Cesárea - Acomod. Semi Privat.	3	R\$ 2.851,01
NEUROLOGIA	Arteriografia	1	R\$ 2.625,00
ANESTESIA	Bloqueio Peridural	3	R\$ 2.310,00
PNEUMOLOGIA	Simpatetomia	2	R\$ 2.730,00
	Lobectomia Pulmonar	7	R\$ 5.932,50
BUCO MAXILO	Fratura de mandíbula	1	R\$ 2.152,50

28.1 Os pacotes **incluem**: As diárias, materiais especiais descritos na tabela, taxas de sala, honorários da equipe de enfermagem, instrumentais, equipamentos, aparelhos, materiais descartáveis e medicamentos próprios do procedimento.

28.2 Os pacotes **não incluem**: honorários médicos e de anestesia e outros dispositivos médicos implantáveis (DMI), não citados na tabela.

28.3 Quando for realizado mais de um procedimento em vias diferentes, e for considerado dois pacotes distintos, a remuneração se dará em 100% no pacote de maior valor e 70% no segundo pacote, e assim sucessivamente.

28.4 Quando for realizado mais de um procedimento em mesma via, sendo considerado dois pacotes, a remuneração se dará em 100% no pacote de maior valor e 50% no segundo pacote, e assim sucessivamente.

29. PACOTES PROCEDIMENTOS

Tipo	Procedimento	Diária	Valor
VÍDEO ENDOSC/ COLONO	Endoscopia Digestiva c/ biópsia	Amb	R\$ 429,98
	Endoscopia Digestiva s/ biópsia	Amb	R\$ 405,72
	Endoscopia c/ Polypectomia	Amb	R\$ 694,58
	Colonoscopia c/ biópsia, incluindo anestesia	Amb	R\$ 792,30
	Colonoscopia c/ polipectomia incluindo anestesia	Amb	R\$ 1.172,34
OXIGENOTERAPIA por sessão -pacote completo	Sessão de Oxigenioterapia Hiperbárica	Amb	R\$ 390,10

Os pacotes incluem: Taxas de sala, honorários da equipe de enfermagem, instrumentais, equipamentos, aparelhos, materiais, medicamentos próprios do procedimento.

Os pacotes não incluem: Honorários médicos, Dispositivos Médicos Implantáveis não citados na tabela e honorários de anestesiista (quando este for necessário em sala).

30. REMOÇÕES TERRESTRES POR MEIO DE UTI MÓVEL

30.1 O serviço de remoção terrestre, por meio de UTI Móvel, é composto por ambulância, equipe médica e de enfermagem, equipamentos e materiais de suporte avançado.

30.2 Os serviços constantes deste item e respectivos valores máximos, serão remunerados da seguinte forma:

Modalidade	Valor
Evacuação Interhospitalar e Intermunicipal	R\$ 12,00 p/Km rodado

30.3 Tabela de transferência **INTERHOSPITALAR** dentro do perímetro urbano de Cruz Alta até 20 km da base:

REMOÇÃO LOCAL ATÉ 20 KM (ida e volta)	R\$ 240,00
---------------------------------------	------------

31. ATENÇÃO DOMICILIAR A SAÚDE

31.1 A Atenção Domiciliar (AD) é o conjunto de ações de prevenção e de tratamento de doenças, de reabilitação, de cuidados paliativos e de promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo

Carimbo

continuidade de cuidados. Compreende duas modalidades: **assistência domiciliar multiprofissional e internação domiciliar.**

31.1.1 A Assistência Domiciliar Multiprofissional envolve ações de promoção à saúde, de prevenção, de tratamento de doenças e de reabilitação desenvolvidas em domicílio. Indicada para reabilitação das incapacidades funcionais e das circunstâncias clínicas adversas a pacientes em risco de hospitalização recorrente;

31.1.2 A Internação Domiciliar é o conjunto de atividades técnico-profissionais prestadas por equipe habilitada no domicílio a beneficiários clinicamente estáveis com risco de hospitalização recorrente. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades: Internação Domiciliar de Baixa, Média e Alta Complexidade.

31.1.3 A empresa contratada para a Atenção Domiciliar deverá conter em seus recursos humanos, a equipe multidisciplinar, com médico, técnicos de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudióloga vinculados.

31.1.4 No momento do credenciamento a empresa interessada deverá comprovar, por escrito, a capacidade técnica dos profissionais exigidos, de materiais e dos equipamentos necessários a atenção domiciliar.

31.1.5 O Serviço de auditoria do contratante deverá emitir parecer atestando ou não a capacidade técnica, de materiais e equipamentos da organização civil de saúde para a prestação dos serviços.

31.1.6 Só será admitido a credenciamento de organizações civis de saúde que preencham todos os requisitos exigidos neste Edital.

31.2 Sobre os processos de admissão, execução, término e obrigações, atentar ao documento em anexo - Normas sobre Atenção Domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro (2020):

	Assuntos	Referência
01	DISPOSIÇÕES PRELIMINARES: finalidade, objetivos, definições, condições de execução	Conforme Normas sobre Atenção Domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro
02	DOS PROCESSOS DE ADMISSÃO, DE EXECUÇÃO E DE TÉRMINO DA ATENÇÃO DOMICILIAR: Dos Critérios de Elegibilidade para a Admissão na Atenção Domiciliar, Da Execução da Atenção Domiciliar, Do Término da Atenção Domiciliar	
03	DAS OBRIGAÇÕES: Do Beneficiário, Do Responsável Legal e Dos Familiares, Da OCS Prestadora da Atenção Domiciliar, Da Unidade Gestora do SSEX	
04	DAS PRESCRIÇÕES FINAIS	

31.3 Sobre as taxas de uso de equipamentos, segue abaixo a valoração das mesmas conforme característica de cada item.

Home Care – Taxas de uso de Equipamentos		
DESCRIÇÃO	COBRANÇA	VALOR
CPAP solo LX	Por dia de uso.	R\$ 14,12
VPAP auto	Por dia de uso.	R\$ 60,13
BIPAP Pró	Por dia de uso.	R\$ 57,96
BIPAP Synchrony / Vpap STA	Por dia de uso.	R\$ 81,62

4/11/2023

Respirador LTV 1000	Por dia de uso.	R\$ 212,92
Respirador Stellar 150	Por dia de uso.	R\$ 177,43
Respirador VS III	Por dia de uso.	R\$ 177,43
Respirador LTV 1200 / TRILOGY	Por dia de uso.	R\$ 212,92
Cough Assist (Assistente de tosse)	Por dia de uso.	R\$ 128,95
Base Aquecida	----- -----	Incluso na taxa do respirador CPAP / BIPAP
Ambú	-----	Incluso na diária
Andador articulado	Por dia de uso.	Não autorizado
Aparelho elétrico para nebulização	-----	Incluso na diária
Aparelho advantage	-----	Incluso na diária
Aspirador de secreção cirúrgico	-----	Incluso na diária
Aspirador de secreção elétrico	-----	Incluso na diária
Aspirador venturi	-----	Incluso na diária
balança digital pediátrica	-----	Incluso na diária
Balança digital manual	-----	Incluso na diária
Berço hospitalar manual	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar o berço será incluído na diária.	Incluso na diária
Bomba de infusão HARTMAN ou LIFEMED p/dieta e medicação ou	Por dia de uso.	R\$ 2,23
Cadeira de rodas dobrável simples 80 kg	Por dia de uso.	R\$ 1,72 Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.
Cadeira de rodas p/obeso 180 kg	Por dia de uso.	R\$ 9,09 Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.
Cadeira de rodas reclinável c/perna elevável KR	Por dia de uso.	R\$ 9,09 Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.
Cadeira higiênica c/braço fixo 80 kg	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cadeira será incluída na diária.	R\$ 1,72 Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.

Handwritten signature

Cadeira higiênica c/braço móvel obeso 120 kg	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cadeira será incluída na diária	R\$ 6,63 Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.
Cadeira higiênica c/braço removível 100 kg	Por dia de uso. com prévia autorização.	R\$ 3,14 Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.
Cama hospitalar manual 1,90	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cama será incluída na diária.	Incluso na diária
Cama hospitalar manual 2,1 x 0,9	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cama será incluída na diária.	Incluso na diária
Cama hospitalar motorizada 2 movimentos	Por dia de uso, com prévia autorização.	Incluso na diária
Cama hospitalar motorizada 3 movimentos	Por dia de uso, com prévia autorização.	Incluso na diária
Cama hospitalar motorizada para obeso até 180 kg	Por dia de uso, com prévia autorização.	Incluso na diária
Carrinho para transporte cilindro de 1m3	-----	Incluso no torpedão de oxigênio
Escada 2 degraus	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a escada será incluída na diária.	Incluso na diária
Guincho elétrico freedom GUINDASTE MOTORIZADO	Por dia de uso.	R\$ 12,27
Inalador elétrico	Por dia de uso.	R\$ 2,28
Mesa para refeição	-----	Incluso na diária
Muleta axilar (par)	-----	Responsabilidade da família Não autorizado
No-break e Oxímetro	-----	Incluso na diária
Suporte de soro móvel	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar o suporte será incluído na diária.	Incluso na diária
Suporte para soro rodas (bomba de infusão)	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar o suporte será incluído na diária.	Incluso na diária
Trapézio	Por dia de uso.	Não autorizado
Cilindro de Transporte Oxigênio de 1 M3 - 4 M3 com umidificador	Diária	R\$ 3,97

CPM

31.4 Sobre a valoração dos módulos de atendimento e suas respectivas características, segue abaixo a tabela com as seguintes informações:

Home Care – Internação Domiciliar		
DESCRIÇÃO	COBRANÇA	VALOR
Modulo de atendimento 6 horas.	Por atendimento Técnico de enfermagem 6 horas diárias, visita de enfermagem semanal, fisioterapia conforme necessidade até 3 sessões por semana, fonoaudióloga até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional e acompanhamento visita mensal, orientação família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 194,46
Modulo de atendimento 12 horas.	Por dia de atendimento. Técnico de enfermagem 12 horas diárias, visita de enfermagem semanal, fisioterapia conforme necessidade até 3 sessões por semana, fonoaudióloga até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 319,25
Modulo de atendimento 24 horas.	Por dia atendimento. Técnico de enfermagem 24 horas diárias, visita de enfermagem 1 semanal, fisioterapia conforme necessidade até 5 sessões por semana, fonoaudióloga até 5 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 514,19
Módulo de atendimento 24 horas com ventilação mecânica adulto ou pediátrico	Por dia atendimento. Técnico de enfermagem 24 horas diárias, visita de enfermagem, fisioterapia conforme necessidade até 7 sessões por semana, materiais acessórios para suporte de oxigenioterapia (cilindro, concentrador e oxímetro de pulso), consumo de O2 medicinal, respiradores BIPAP OU CPAP e seus respectivos circuitos e filtros, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 687,48
Assistência Multidisciplinar 2 horas.	Por dia atendimento. Visita da enfermeira 2 vezes por mês, técnico de enfermagem 2 horas diárias para realização de higienização corporal, inclusive banho no leito, curativos de baixa complexidade, orientação à família e identificação do cuidado, treinamento do familiar para desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 88,64
Medicação de 4/4 e 6/6 horas	Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 170,46
Medicação de 8/8 horas	Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 136,36
Medicação de 12/12 e 24/24 horas	Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 56,83

Observação 1: os medicamentos e materiais descartáveis poderão ser pelo Posto Médico da

LAZAR

Guarnição de Cruz Alta PMGuCa, e/ou pelo familiar (beneficiário). A inclusão, a classificação e, a mudança de complexidade do paciente será mediante avaliação do médico militar. Assim como a alta do serviço domiciliar. O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.

Observação 2: nas situações em que o PMGuCA não dispuser dos medicamentos e materiais descartáveis para fornecer, poderá ser fornecido pela OCS mediante referencial de preços estabelecidos neste edital.

31.5 Os honorários médicos terão a valoração conforme tabela abaixo:

Descrição	Cobrança	Valor
Consulta médica no domicílio	Por atendimento.	R\$ 272,72

Obs: Nos módulos de atendimento não consta a inclusão dos honorários médicos. O atendimento médico será remunerado até o limite de 02 (duas) consultas/mês.

União



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

FL Nº 56

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 03.721.105/0001-28 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 16/03/2000
NOME EMPRESARIAL CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE EPP	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.40-2-10 - Serviços de quimioterapia		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 224-0 - Sociedade Simples Limitada		
LOGRADOURO R CORONEL PILLAR	NÚMERO 748	COMPLEMENTO SALA 4
CEP 98.025-220	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CRUZ ALTA
UF RS		
ENDEREÇO ELETRÔNICO lfborghetti@terra.com.br		
TELEFONE (55) 3324-444 / (55) 3322-7870		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 25/07/2001	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 19/07/2024 às 18:00:41 (data e hora de Brasília).



MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA
CNPJ 88.775.390/0001-12
Secretaria Municipal de Finanças e Orçamento

FL Nº 52

Alvará de Verificação de Funcionamento Regular

Inscrição municipal	CPF/CNPJ	Insc. Estadual	Dt. Abertura	Dt. Emissão
16370	03.721.105/0001-28	0	27/07/2000	22/01/2024

Nome/Razão Social

Centro de Oncologia e Hematologia de Cruz Alta Ltda.

Nome Fantasia

Centro de Oncologia e Hematologia Cruz Alta

Rua/Av./nº/CEP

Rua Coronel Pillar, 748 - 98005-190

Complemento

Sala 04

Bairro

Centro

CNAE Principal

8640210 - Serviços de quimioterapia

CNAE Secundários

Atividade do Município:

- 3110001 - Ipê e Sus
- 3111002 - Outros Convênios Serviço Saúde Assistência Médica e Congêneres

Validade: 31/12/2024

Horário de Funcionamento

Observação

**O PRESENTE DOCUMENTO DEVERÁ SER AFIXADA EM LUGAR VISÍVEL SOB PENA DE
MULTA CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.**

F8-97-E9-97-76-8B-AA-4D-9D-89-4C-A6-20-8C-CF-72-7D-78-16-F5-77-F2-5A-84

Prefeitura Municipal

GENERAL OSÓRIO, nº 533-Centro

CEP: 98000100 - Cruz Alta-RS

Fone: 3321 1300 Fax: 33211300

Emitido em: 22/01/2024

Documento Assinado Digitalmente

CLARISSE RIBAS
Fiscal Tributário
Matrícula nº 8424



ALVARÁ SANITÁRIO		FL 58 RENOVAÇÃO	
Nro. CEVS: 430610688-861-000029-1-7		Data de Validade: 29/08/2024	
Nro. Protocolo:	23200000891531	Data de Deferimento: 30/08/2023	
Atividades Econômicas CNAE:	8610-1/01 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS		
Subgrupo:	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
Agrupamento:	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
Objeto Licenciado:	Estabelecimento com equipamento		
Tipo de Serviço:	070 - SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA		
Razão Social:	HOSPITAL SANTA LUCIA LTDA		
CNPJ / CPF:	89.121.230/0001-12	CNPJ Albergante:	
Endereço:	RUA CORONEL PILLAR, 748		
Bairro:	CENTRO		
Município:	CRUZ ALTA	UF:RS	CEP:98025-220
CPF:	012.169.630-88	BALDUINO MORO JUNIOR	
Conselho Regional:	CRF	UF:RS	Nº Inscr.11781
Responsável Técnico - Atividade principal			
CPF:	617.224.210-53	CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI	
Conselho Regional:	CRM	UF:RS	Nº Inscr.26064
Responsável Técnico - Atividade principal			
CPF:	013.876.680-05	ALAINE TEILA DE MORAES FERREIRA	
Conselho Regional:	COREN	UF:RS	Nº Inscr.000.350.195
Responsável Técnico - Atividade principal			

Observação:

A RENOVAÇÃO DEVERÁ SER REQUERIDA NO MÍNIMO COM 120 DIAS DO TÉRMINO DE SUA VIGÊNCIA (LEI Nº 14.391/2013)



24200000861697



SECRETARIA DA SAÚDE

Processo Administrativo Eletrônico

24/2000-0086169-7

Data de Abertura: 08/07/2024 15:57:33
Grupo de Origem: 09-CRS-VGS/09CRS - VIGILANCIA SANITARIA
Requerentes: HOSPITAL SANTA LUCIA LTDA
Assunto: Vigilância em Saúde
Tipo: Alvará Sanitário
Subtipo: Renovação



AUTARQUIA
FEDERAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - CREMERS



CERTIDÃO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO

Certificamos que a Dra. CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI, é inscrita neste Conselho Regional de Medicina, sob o número 26064 - RS - Inscrição Principal. Inscrita desde o dia **29 de agosto de 2001**.

Porto Alegre, 22 de julho de 2024

Certidão emitida no dia 22/07/2024. Válida até o dia 20/09/2024.

Esta certidão é expedida gratuitamente. Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do CREMERS, na Internet, no endereço: <https://servicos.cremers.org.br/Validador/validar.html> por meio do código **RIGBRY** ou diretamente em um dispositivo móvel com leitor de QR CODE.





AUTARQUIA
FEDERAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - CREMERS



CERTIDÃO Diretor Técnico

Certifico, para os devidos fins, que o estabelecimento CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA, Nome Fantasia COHP, CNPJ 03.721.105/0001-28, Registro Nº 2712-RS, sito à R CEL PILLAR, 748 / 4 CENTRO, na cidade de CRUZ ALTA - RS, funciona sob a direção técnica da Dra. CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI, inscrito sob o CRM nº 26064-RS.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.

Porto Alegre, 22 de julho de 2024

LAIS DEL PINO LEBOUTTE
1ª Secretária

Certidão emitida no dia 22/07/2024.

Esta certidão é expedida gratuitamente. Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do CREMERS, na Internet, no endereço: <https://servicos.cremers.org.br/Validador/validar.html> por meio do código JHO3AX ou diretamente em um dispositivo móvel com leitor de QR CODE.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - RS

CERTIFICADO

de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica

Inscrito sob CRM nº
2712-RS

Data de Inscrição:
22/08/2000

Validade:
22/08/2024

CNPJ
03721105000128

Razão Social: CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ
ALTA LTDA

Nome Fantasia: COHP

Endereço
R CEL PILLAR, 748 / 4, CENTRO

Município
CRUZ ALTA

CEP
98025220

Responsável Técnico: CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI CRM nº 26064

Classificação
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição neste Conselho Regional de Medicina da prestadora de serviço de saúde supra identificada, conforme legislação e normatização vigentes.

Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.


ANDRÉ MARTINS DE LIMA CECCHINI
1º SECRETARIO

Certificado emitido no dia 08/08/2023. Válido até o dia 22/08/2024.
Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do CREMERS, na Internet, no endereço: <https://servicos.cremers.org.br/Validador/validar.html> por meio do código 7BA5MQ.



PL Nº 62



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia

CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA

2024



REGISTRO NO CRF 21468	REGIONAL RS	VALIDADE 30/01/2025	REPOSITÓRIO PÚBLICO https://farmasias.crf.rs.org.br/crfrs/2024/21468.pdf
--------------------------	----------------	------------------------	--

RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL Centro De Oncologia E Hematologia De Cruz Alta Ltda

TIPO DE ESTABELECIMENTO Farmácia privativa equivalente de unidade hospitalar	NATUREZA DE ATIVIDADE Farmácia privativa de clínicas/ambulatório com manipulação d
---	---

ENDEREÇO R Cel Pillar, 748 - SALA 4	CNPJ 03.721.105/0001-28
--	----------------------------

BAIRRO Centro	CIDADE Cruz Alta
------------------	---------------------

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO						
SEGUNDA 14:15-17:15	TERÇA 14:15-17:15	QUARTA 14:15-17:15	QUINTA 14:15-17:15	SEXTA 14:15-17:15	SÁBADO	DOMINGO

RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S)						
TIPO	INSCRIÇÃO	NOME			FUNÇÃO	
1	11781	Balduino Moro Júnior			Responsável Técnico	
	SEGUNDA 14:15-17:15	TERÇA 14:15-17:15	QUARTA 14:15-17:15	QUINTA 14:15-17:15	SEXTA 14:15-17:15	SÁBADO DOMINGO

Porto Alegre - RS, 31 de janeiro de 2024.

Elisângela da Rosa

Elisângela Rosa da Rosa
Diretor(a) do CRF/RS

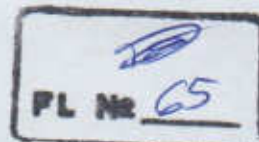


ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIXADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está registrado neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo o que dispõem os artigos 22, parágrafo único e 24, da Lei no 3.820/60. Tratando-se de Farmácia e Drogaria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelo(s) Farmacêutico(s) Responsável(is) Técnico(s), de acordo com os artigos 2º, 3º Caput, 5º, 6º Inciso I, todas da Lei 13.021/14. Por ocasião de mudanças no quadro de assistência farmacêutica, este documento deverá ser retirado pelo Responsável Técnico interessado e encaminhado para o respectivo CRF para as devidas alterações.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA		
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO		
RS		
CARLOS FERNANDO PEREZ GARDANI MARIA FRANCISCA FURTADO GARDANI		
Naturalidade	Data de Nascimento	
PELOTAS/RS	07.03.1976	
RG	CPF	
7013145615	617224210-53	
Título de Eleitor	Seção	Zona
598771304/85	172	34/RS
Certificado Militar	Tipo Sanguíneo	Fator Rh
	A	POSITIVO
Classificação DOADORA DE ÓRGÃOS E TECIDOS		
Local e Data PORTO ALEGRE, 14 DE JANEIRO DE 2003		
Presidente Dr. Marco Antonio Becker Presidente do CREMERS		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO	
2ª via	
Documento de Identidade Conforme Lei Nº 6.206/75	
	CRM Nº 26.064
	Data de Inscrição 29.08.2001
Nome CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI	
Assinatura do Portador 	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	



08/12/93
Emitido em : 08/12/93

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

Assinatura
CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI

Nº de Inscrição **617224210-53** Data de Nascimento **07/03/18**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7013145615 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/10/1992

NOME CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI

FILIAÇÃO CARLOS FERNANDO PEREZ GARDANI
MARIA FRANCISCA FURTADO GARDANI

NATURALIDADE PELOTAS RS DATA DE NASCIMENTO 07/03/1976

DOC ORDEM C NASC 800 PELOTAS RS
LV A 2 FL 187

CPF 617224210/53 *****/*

PORTO ALEGRE RS

ASSINATURA DO DIRETOR 152081

CEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO SUL
BSP - POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MOLESA DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1049188103

24/1/2011

SÉRGIO LUIZ MATTOS CHARÃO

VIRATO CHARÃO FILHO
ILZIA MATTOS CHARÃO
PILOTAS RS

01/10/1973

CAS 23189 PILOTAS RS
22/08A LV 002 PL 26

605.477.310-00

3 VIA

Carla E. L. da Silva
Assessora de Planejamento

150781 / 150781

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PRO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE POLÍCIA
COMUNICADO Nº 100/1973





Polegar Direito

Sérgio L. Charão

SECRETARIA DE SEGURANÇA



Voltar

Imprimir

**Certificado de Regularidade
do FGTS - CRF**

Inscrição: 03.721.105/0001-28
Razão Social: CENTRO ONCOLOGIA HEMATOLOGIA CRUZ ALTA L
Endereço: TV TENENTE PAULO PRUNES 55 / CENTRO / CRUZ ALTA / RS / 98005-220

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 01/07/2024 a 30/07/2024

Certificação Número: 2024070105310934844225

Informação obtida em 19/07/2024 18:45:40

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 03.721.105/0001-28

Certidão nº: 50583215/2024

Expedição: 19/07/2024, às 18:52:38

Validade: 15/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **03.721.105/0001-28**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

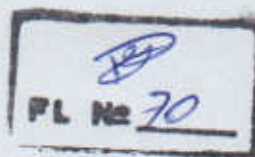
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ ALTA-RS
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA DE CRUZ ALTA



CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS

5403/2024

Contribuinte

Nome/Razão:	635758 - CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA CALTA		
CNPJ/CPF:	03.721.105/0001-28		
Endereço:	RUA CORONEL PILLAR, 748		
Complemento:	SALA "04"		
Bairro:	CENTRO	Cidade:	Cruz Alta - RS

CERTIFICO, para os devidos fins, que em consulta ao Sistema da Dívida desta Secretaria, verificamos que na presente data o Requerente acima identificado, apresenta dívidas junto a Fazenda Pública municipal.

Nos termos do art. 294 da Lei 0096/83, fica ressalvado o direito da Fazenda Pública municipal de cobrar outras dívidas que venham ser apuradas de responsabilidade do Requerente.

A presente certidão é válida até 17/10/2024. Cópias desta somente terão validade se conferidas com a original.

Cruz Alta(RS), 19 de julho de 2024.

Esta certidão foi emitida através do Portal de Serviços da Prefeitura Municipal de Cruz Alta, para consultar a autenticidade acesse: www.cruzalta.rs.gov.br e localize o serviço "Autenticidade Certidão"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA FAZENDA
RECEITA ESTADUAL



Nome: **CENTRO ONCOLOGIA HEMATOLOGIA CRUZ ALTA LTDA**

CNPJ base: **03.721.105/**

Obs.: A presente certidão é válida para toda a empresa, representada pelo CNPJ base composto pelos 8 primeiros dígitos. Todos os estabelecimentos da empresa foram avaliados na pesquisa de regularidade fiscal.

Certificamos que, aos **19 dias do mês de JULHO do ano de 2024**, revendo os bancos de dados da Secretaria da Fazenda do Estado do Rio Grande Sul, não elidido o direito de a Fazenda proceder a posteriores verificações e, a qualquer tempo, vir a cobrar crédito apurado, o titular do CNPJ base acima se enquadra na seguinte situação:

CERTIDAO NEGATIVA

Constitui-se esta certidão em meio de prova de existência ou não, em nome do interessado, de débitos ou pendências relacionados na Instrução Normativa DRP nº 45/98, Título IV, Capítulo V, 1.1.

Débitos protestados e posteriormente regularizados perante a Receita Estadual do Rio Grande do Sul não impedem a emissão de "Certidão Negativa", porém, caso não sejam pagas as taxas cartoriais, o débito permanece protestado pelo cartório, podendo ser a causa de restrições em entidades de proteção ao crédito. Nesses casos, regularize as taxas diretamente no cartório.

Esta certidão **NÃO** comprova a quitação:

- a) de tributos devidos mensalmente e declarados na Declaração Anual de Simples Nacional (DASN) e no Programa Gerador do Documento de Arrecadação do Simples Nacional (PGDAS-D) pelos contribuintes optantes pelo Simples Nacional;
- b) de ITCD e de ITBI (nas hipóteses em que este imposto seja de competência estadual - Lei nº 7.608/81) em procedimentos judiciais e extrajudiciais de inventário, arrolamento, separação, divórcio, dissolução de união estável ou partilha de bens.

Esta certidão é válida até 16/9/2024.

Certidão expedida gratuitamente e com base na IN/DRP nº 45/98, Título IV, Capítulo V.

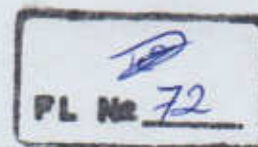
A autenticidade deste documento deverá ser confirmada em
<https://www.sefaz.rs.gov.br/SAT/CertidaoSitFiscalConsulta.aspx>
com o preenchimento apenas dos dois campos a seguir:

Certidão nº: **29688504**
Autenticação: **39988209**





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional



**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA
CNPJ: 03.721.105/0001-28

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 18:33:58 do dia 19/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 15/01/2025.

Código de controle da certidão: **3AC3.D17E.191A.93DE**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Improbidade Administrativa e Inelegibilidade

Certidão Negativa

Certifico que nesta data (19/07/2024 às 18:20) NÃO CONSTA no Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade registros de condenação com trânsito em julgado ou sanção ativa quanto ao CNPJ nº 03.721.105/0001-28.

A condenação por atos de improbidade administrativa não implica automático e necessário reconhecimento da inelegibilidade do condenado.

Para consultas sobre inelegibilidade acesse portal do TSE em <http://divulgacontas.tse.jus.br/>

Esta certidão é expedida gratuitamente. Sua autenticidade pode ser por meio do número de controle 669A.D8AA.8138.F042 no seguinte endereço: https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/autenticar_certidao.php



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
CERTIDÃO NEGATIVA
DE
LICITANTES INIDÔNEOS

Nome completo: **CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA**

CPF/CNPJ: **03.721.105/0001-28**

O Tribunal de Contas da União **CERTIFICA** que, na presente data, o (a) requerente acima identificado(a) **NÃO CONSTA** da relação de responsáveis inidôneos para participar de licitação na administração pública federal, por decisão deste Tribunal, nos termos do art. 46 da Lei nº 8.443/92 (Lei Orgânica do TCU).

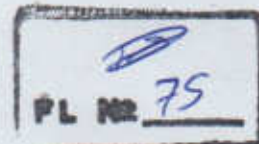
Não constam da relação consultada para emissão desta certidão os responsáveis ainda não notificados do teor dos acórdãos condenatórios, aqueles cujas condenações tenham tido seu prazo de vigência expirado, bem como aqueles cujas apreciações estejam suspensas em razão de interposição de recurso com efeito suspensivo ou de decisão judicial.

Certidão emitida às 18:18:59 do dia 19/07/2024, com validade de trinta dias a contar da emissão.

A veracidade das informações aqui prestadas podem ser confirmadas no sítio <https://contas.tcu.gov.br/ords/f?p=INABILITADO:5>

Código de controle da certidão: 9A33190724181859

Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO

Certidão negativa correccional (ePAD, CGU-PJ, CEIS, CNEP e CEPIM)

Consultado: **CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA**

CPF/CNPJ: **03.721.105/0001-28**

Certifica-se que, em consulta aos sistemas ePAD e CGU-PJ e aos cadastros CEIS, CNEP e CEPIM mantidos pela Corregedoria-Geral da União, **NÃO CONSTAM** registros de penalidades vigentes relativas ao CNPJ/CPF consultado.

Destaca-se que, nos termos da legislação vigente, os referidos cadastros consolidam informações prestadas pelos entes públicos, de todos os Poderes e esferas de governo.

Os Sistemas ePAD e CGU-PJ consolidam os dados sobre o andamento dos processos administrativos de responsabilização de entes privados no Poder Executivo Federal.

O Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) apresenta a relação de empresas e pessoas físicas que sofreram sanções que implicaram a restrição de participar de licitações ou de celebrar contratos com a Administração Pública.

O Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP) apresenta a relação de empresas que sofreram qualquer das punições previstas na Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção).

O Cadastro de Entidades Privadas sem Fins Lucrativos Impedidas (CEPIM) apresenta a relação de entidades privadas sem fins lucrativos que estão impedidas de celebrar novos convênios, contratos de repasse ou termos de parceria com a Administração Pública Federal, em função de irregularidades não resolvidas em convênios, contratos de repasse ou termos de parceria firmados anteriormente.

Certidão emitida às 18:15:11 do dia 19/07/2024, com validade até o dia 18/08/2024.

Link para consulta da verificação da certidão <https://certidoes.cgu.gov.br/>

Código de controle da certidão: Gj5PV3ml04L0yHuQujDb

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



CONTROLADORIA GERAL
DO ESTADO DE MATO GROSSO



CERTIDÃO NEGATIVA

de inclusão no cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas

Nº 13505

Declaramos para os devidos fins que o CNPJ/CPF de nº. 03.721.105/0001-28, não consta como inscrito no Cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas do estado de Mato Grosso.

Válida até 03/08/2024

Fornecimento gratuito



Verifique a autenticidade desta certidão acessando o site:
<https://ceis.cge.mt.gov.br/certidao/certidao-validar> e informe o código validador 5b1b635c-4732-406f-b5ff-0c652b0a7c2c, ou escaneie o QR CODE ao

**ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL DA FIRMA
CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA
DE CRUZ ALTA LTDA
CNPJ/MF - 03.721.105/0001-28**

CARLA FERNANDA FURTADO GARDANI, de nacionalidade brasileira, natural de Pelotas RS, filha de Carlos Fernando Perez Gardani e Maria Francisca Furtado Gardani, casada no regime de comunhão parcial de bens com Sergio Luiz Mattos Charão, nascida em 07 de março de 1976, médica, inscrita no CRM/RS sob nº26.064, com residência e domicílio em Cruz Alta RS, na Rua Venâncio Aires, nº1769, aptº1002, Centro, Cep: 98010-760, portadora da carteira de identidade RG nº7013145615, expedida pela SSP/RS e CPF nº617.224.210-53;

SERGIO LUIZ MATTOS CHARÃO, de nacionalidade brasileira, natural de Pelotas RS, filho de Viriato Charão Filho e Ilzia Mattos Charão, casado no regime de comunhão parcial de bens com Carla Fernanda Furtado Gardani, nascido em 01 de outubro de 1973, Empresário, com residência e domicílio em Cruz Alta RS, na Rua Venâncio Aires, nº1769, aptº1002, Centro, Cep: 98010-760, portador da Carteira de Identidade RG nº1049188103, expedida pela SSP/RS e CPF nº 605.477.310-00.

Sócios componentes da sociedade simples que gira sob a denominação social de **CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA**, com sede em Cruz Alta RS, na Travessa Tenente Paulo Prunes, nº55, sala 11, Centro, Cep:98005-220, inscrita no **CNPJ** sob nº**03.721.105/0001-28**, com ato constitutivo arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas da comarca de Cruz Alta/RS, sob nº531, do Livro A-3, Folhas 17, em data de 16/03/2000, com posteriores alterações registrada no livro A-3, fls.72 nº604, adequado NCCB sob nº699 fls 186 livro A-3, posteriores alterações livro A-4 fls 22, nº 731 e livro A-5, fls.14 nº 919, vem por este instrumento e na melhor forma do direito, alterar novamente o seu Contrato Social e Posteriores Alterações, segundo as cláusulas e condições a seguir enumeradas:

PRIMEIRA

FL. Nº 78

Que alteram o endereço de sua Sede Social, para a rua Coronel Pillar, nº748, sala "4", bairro Centro, em Cruz Alta/RS, Cep: 98025-220.

SEGUNDA

Todas as demais cláusulas e condições estabelecidas nos atos constitutivos da sociedade, alterações posteriores, não alcançadas pelo presente instrumento, permanecem em vigor.

E por se acharem em perfeito acordo, de tudo quanto neste instrumento particular foi lavrado, obrigam-se a cumprir o presente, assinando na presença de duas testemunhas abaixo, em três exemplares de igual teor e forma, com a primeira via destinada ao registro e arquivamento do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas da Comarca de Cruz Alta/RS.

Cruz Alta, 12 de dezembro de 2012.

Carla Fernanda Furtado Gardani

Sergio Luiz Mattos Charão

TESTEMUNHAS:

1º **Luiz Fernando Borghetti**
RG 5022895907 SSP/RS
CPF 177.950.280-04

2º **Sabrina Rosa Soares**
RG 9080471387
CPF 007.016.970-59

Conforme me faculta a Lei, declaro ter visado a presente Alteração do Contrato Social e que a mesma encontra-se em plena conformidade com a Lei.

Tabelionato de Cruz Alta - RS
Reconheço AUTENTICA a firma de Luiz Fernando Borghetti Doufé.
EM TESTEMUNHO DA VERDADE
Cruz Alta, 26 de dezembro de 2012
Elenara Saldanha Jorgens Bilibio - 3ª Substituta
Emol: R\$ 2,90 + Selo digital: R\$ 0,30 - 0161/01.12.00016.09048

Dr. José Carlos Martins da Silva

OAB - 35.522



SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL FONTANA
COMARCA DE CRUZ ALTA
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS
 Rua Pinheiro Machado, 772 - Cj 1 e 2 - Cruz Alta - RS

CERTIDÃO

Certifico que a presente alteração contratual, foi averbada à margem do registro principal, no livro A-3, fls. 186v, sob nº 699, nesta data. O referido é verdade e dou fê.

Cruz Alta (RS), 09 de janeiro de 2013

 Oficial (Substituto)
DO W. G. J. E. N. E. R.
 EMOLUMENTOS - Nota nº 272295

039-Certidão 015701120000157387 R\$ 5.80
 033-Busca..... 015701120000157388 R\$ 5.50



Mara Andréa Dalbrozo Ferra - Tabeliã Designada
 R. Pinheiro Machado, 772 - Sala 04 - CEP 96095-000
 Fone: (55) 3322.4338 - Fax: (55) 3322.1112 - marandradalbrozo@hotmail.com

Tabelionato de Cruz Alta - RS

AUTENTICAÇÃO

AUTENTICO o verso e anverso da presente cópia reprográfica, a qual confere com o original, do que dou fé.

Cruz Alta, 11 de setembro de 2013
 Elenara Saldanha Jorgens Babilio - 3ª Substituta
 Emol: R\$ 8,20 + Selo digital: R\$ 0,60 - 0161.01.1300015.07074a.07075



Mara Andréa Dalbrozo Ferra - Tabeliã Designada
 R. Pinheiro Machado, 772 - Sala 04 - CEP 96095-000
 Fone: (55) 3322.4338 - Fax: (55) 3322.1112 - marandradalbrozo@hotmail.com

Tabelionato de Cruz Alta - RS

Reconheço AUTENTICA a firma de **Sabrina Rosa Soares Doufê**.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

Cruz Alta, 27 de dezembro de 2012
 Elenara Saldanha Jorgens Babilio - 3ª Substituta
 Emol: R\$ 4,40 + Selo digital: R\$ 0,30 - 0161.01.1200017.00138



CONTRATO DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL
CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA.

Pelo presente instrumento particular, MARCO ANTONIO RUAS SCHILLING, brasileiro, casado, médico, CRM/RS 10.611, residente e domiciliado em Passo Fundo-RS na Av. Brasil nº 71 - apto. 1302, portador da cédula de identidade civil nº 1009490051 expedida pela SSP/RS, inscrito no CPF sob nº 282.084.980-68; PEDRO MOACIR BRAGHIROLI BRAGHINI, brasileiro, casado, médico, CRM/RS 14.778, residente e domiciliado em Passo Fundo-RS na rua Marcelino Ramos nº 111 - apto. 604, portador da cédula de identidade civil nº 3016645925 expedida pela SSP/RS, inscrito no CPF sob nº 461.142.460-04; ÁLVARO VINÍCIUS DA SILVA MACHADO, brasileiro, casado, médico, CRM/RS 14.652, residente e domiciliado em Passo Fundo-RS na Av. Brasil nº 377 - apto. 804, portador da cédula de identidade civil nº 2011441082 expedida pela SSP/RS, inscrito no CPF sob nº 366.738.200-63 e LIÉVERSON AUGUSTO GUERRA, brasileiro, solteiro, maior e capaz, médico, CRM/RS 19.076, residente e domiciliado em Passo Fundo-RS na rua Duque de Caxias nº 845, portador da cédula de identidade civil nº 3017658431 expedida pela SSP/RS, inscrito no CPF sob nº 441.262.800-06, têm entre si justo e acertado a constituição de uma sociedade civil por quotas de responsabilidade limitada, em conformidade com o Decreto nº 3708 de 10 de janeiro de 1919, que será regida pelas condições contidas nas seguintes cláusulas:

PRIMEIRA

A sociedade girará sob a denominação social de *CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA LTDA.* e terá sua sede social na travessa Tenente Paulo Prunes nº 55 - Sala 11 em Cruz Alta-RS.

SEGUNDA

O capital social será de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) divididos em 20.000 (vinte mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, subscritas e integralizadas pelos sócios como segue:

- a) MARCO ANTONIO RUAS SCHILLING subscrive 5.000 (cinco mil) quotas no valor nominal total de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e as integraliza, neste mesmo ato, em moeda corrente nacional.
- b) PEDRO MOACIR BRAGHIROLI BRAGHINI subscrive 5.000 (cinco mil) quotas no valor nominal total de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e as integraliza, neste mesmo ato, em moeda corrente nacional.

- c) ÁLVARO VINÍCIUS DA SILVA MACHADO subscreve 5.000 (cinco mil) quotas no valor nominal total de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e as integraliza, neste mesmo ato, em moeda corrente nacional.
- d) LIÉVERSON AUGUSTO GUERRA subscreve 5.000 (cinco mil) quotas no valor nominal total de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e as integraliza, neste mesmo ato, em moeda corrente nacional.

PARÁGRAFO ÚNICO:

É vedado aos sócios vender ou ceder as suas quotas a terceiros, sem antes obter o consentimento expresse dos demais sócios.

TERCEIRA

Elegem o foro da Comarca de Cruz Alta-RS para dirimir questões relativas ao presente contrato.

QUARTA

O prazo de duração da sociedade é indeterminado e as suas atividades terão início com o registro de seu ato constitutivo no Cartório de Pessoas Jurídicas da comarca de Cruz Alta-RS.

QUINTA

A sociedade será gerida e administrada por todos os sócios, sempre em conjunto de 02 (dois) sócios, com amplos poderes para o bom e completo desempenho de suas funções, representando-a ativa ou passivamente, em juízo ou fora dele, não podendo, entretanto, usar o nome ou em nome da sociedade praticar atos contrários ou diferentes do objeto social, sendo-lhes vedado ainda a representação da firma para a compra ou venda de bens imóveis, quando tais atos deverão ter a assinatura de todos os sócios.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Para a prática de atos que importem alienar, gravar ou onerar bens da sociedade, deverão os sócios representá-la sempre em conjunto.

SEXTA

As deliberações sociais de qualquer natureza, bem como as alterações contratuais, serão decididas e assinadas pela totalidade dos sócios.

SÉTIMA

A responsabilidade de cada sócio nas obrigações assumidas pela sociedade está limitada ao valor total do capital social, "ex vi" do artigo 2º, "in fine" do Decreto Lei 3708 de 10 de janeiro de 1919.

OITAVA

A sociedade terá por objetivo a prestação de serviços profissionais de medicina na área de tratamento do câncer.

PARÁGRAFO ÚNICO:

A responsabilidade técnica exigida nos objetivos sociais ficará a cargo de todos os sócios, devidamente registrados no CRM/RS.

NONA

Ocorrendo o falecimento de um dos sócios, a sociedade não será extinta, devendo ser levantado um balanço especial nesta data, cujos haveres apurados serão divididos entre os sócios remanescentes e os herdeiros do sócio falecido, observando-se a proporcionalidade de participação dos mesmos.

DÉCIMA

No caso de dissolução da sociedade ou extinção da mesma por vontade dos sócios ou ainda por determinação legal, o patrimônio social apurado através de balanço final de encerramento será dividido entre as partes proporcionalmente às quotas de cada um.

DÉCIMA PRIMEIRA

Os casos omissos nesse contrato, serão regulados de acordo com a legislação que lhe for aplicável.

DÉCIMA SEGUNDA

Os sócios, Marco Antonio Ruas Schilling, Pedro Moacir Braghirolli Braghini, Álvaro Vinicius da Silva Machado e Liéverson Augusto Guerra, declaram sob as penas da lei que não estão sendo processados e nem foram definitivamente condenados, em qualquer parte do Território Nacional, pela prática de crimes cuja pena os vedem de exercer as atividades profissionais.

DÉCIMA TERCEIRA

Ao final de cada ano civil será levantado o balanço geral com a demonstração de resultados, cujos lucros ou prejuízos apurados serão distribuídos entre os sócios quotistas na proporção de suas quotas ou permanecerão em contas próprias para destinação futura.

DÉCIMA QUARTA

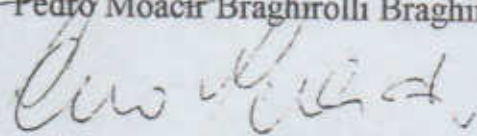
Pelas atividades exercidas na sociedade, os sócios terão direito a uma retirada mensal, a título de pró-labore, em valor a ser fixado de comum acordo entre as partes, podendo este ser alterado também de comum acordo, observadas as normas legais.

E, como tenham assim ajustado, assinam o presente contrato particular de constituição de sociedade em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas a tudo presentes, obrigando-se a bem e fielmente cumprir.

Cruz Alta-RS, 03 de janeiro de 2000.

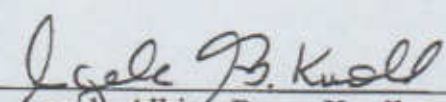

Marco Antonio Ruas Schilling

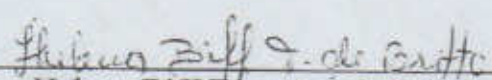

Pedro Moacir Braghirolli Braghini

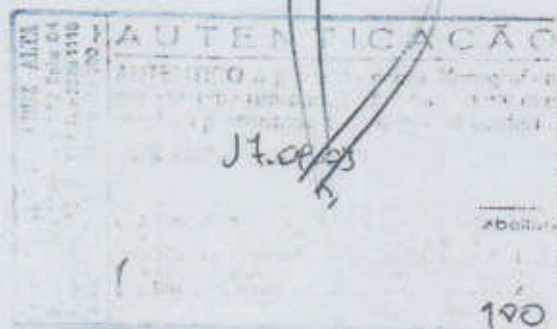

Alvaro Vinicius da Silva Machado


Liéverson Augusto Guerra

TESTEMUNHAS:


Angela Albina Basso Knoll
RG - 7016344801 - SSP/RS
CIC - 306.945.310-49


Helena Biff Trancoso de Britto
RG - 3007232601 - SSP/RS
CIC - 273.774.740-68



Conforme me faculta a lei, declaro ter visado o presente Contrato e que o mesmo encontra-se em plena conformidade com a lei.


Antonio Carlos Medina
OAB-RS - 8256

PRIMEIRO TABELIONATO
PASSO FUNDO

Recebi em 15/01/2000 a(s) Antônio Ruar Schilling, Álvaro Vinicius da Silva Machado
substituído com a(s) Antônio Ruar Schilling, Álvaro Vinicius da Silva Machado
arquivo desta Cartório, Cartão.

EM TESTEMUNHO 21 JAN 2000
Passo Fundo, 21 JAN 2000

FL Nº 84

AUTENTICAÇÃO
AUTENTICAÇÃO
Xerografia
17-01-00

SERVIÇO NOTARIAL
SEGUNDO TABELIONATO - Passo Fundo-RS
Cel Chicuta 480 - Fone (054) 311-3422

RECONHEÇO a(s) firma(s) indicada(s)
de Antônio Ruar Schilling, Álvaro Vinicius da Silva Machado
Antônio Ruar Schilling, Álvaro Vinicius da Silva Machado
por
semelhança com a(s) existente(s) no Registro deste Cartório

Em testº 21 JAN 2000
Passo Fundo, 21 JAN 2000

☐ ROQUE LUIZ PIOVESAN Tabelião
☒ José Valdir Lino Mendes Substituído
☐ Leonardo Davi Piovesan Substituído
☐ Luiz Carlos R. de Oliveira Escr. Autorizados
☐ Arindo Moacir L. Mendes Escr. Autorizados
☐ Claudia Dias Pereira Escr. Autorizados

C E R T I D A O

Cartifico que o extrato do
presente Contrato Social do CENTRO DE
ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE CRUZ ALTA
LTDA, foi registrado no Livro A-3, fls.
17 e 18, sob nº 531, no Ofício do Reg.
Civil das Pessoas Jurídicas, nesta data.
O referido é verdade e dou fé.

Cruz Alta, 16 de Março de 2.000

RUI FONTANA - Oficial

Substituto