



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE BAGÉ**

CONTRATANTE: UNIÃO FEDERAL/EXÉRCITO BRASILEIRO/3ª
REGIÃO MILITAR/ HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE BAGÉ
CONTRATADO: SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ
OBJETO: Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar.
NATUREZA: Ostensiva.
VIGÊNCIA: 12 (doze) meses a contar da data de assinatura do contrato.
VALOR ESTIMADO: 600.000,00 (Seiscentos mil reais)
REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.
PROCESSO Nº: 64587.004534/2024-20
CONTRATO Nr: 005/2024

A União, por intermédio do Comando do Exército, cuja competência, nos termos da Portaria nº 1700-Cmt Ex, de 8 de dezembro de 2017(delegação de competências), foi delegada ao Chefe do Departamento Geral de Pessoal (DGP), com subdelegação aos Comandantes de Região Militar, por meio da Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, e de acordo com a subdelegação de competência do Comandante da Terceira Região Militar publicada no Boletim Regional nº 18, de 30 de abril de 2008, o Hospital de Guarnição de Bagé, CNPJ – 09.564.439/0002-00, Avenida Portugal Nº 99 bairro Castro Alves, por sua Diretora Tenente-Coronel Fann MACLEINE FRANTZ MACHADO, CPF Nr 727.813.780-20, residente e domiciliado em Bagé – RS, nomeado conforme Diário Oficial da União nº 091/2022, de 16 de maio de 2022, Port nº 485 – Cmt Ex, de 12 Mai 22, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Civil de Saúde, **SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ**, inscrita no CNPJ sob o nº 87.408.845/0001-07 estabelecida à Rua Gomes Carneiro Nr.1350- Centro, Município de Bagé, Estado do Rio Grande do Sul neste ato representada pelo Sr. Provedor, Sr CARLOS EDUARDO OLIVEIRA DOS SANTOS, portador da cédula de identidade nº 3048739589, expedida pela Secretaria de Segurança Pública, inscrito no CPF sob o nº620.075.300-82, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.

1. A finalidade deste Contrato é garantir, aos militares da ativa, da reserva ou reformados, pensionistas e seus dependentes e Servidores Cíveis do Exército Brasileiro (ativos e inativos) e dependentes diretos e indiretos, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de **Hospital Santa Casa de Caridade de Bagé**, assistência médico-hospitalar, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias.

1.1. O objeto contratual abrange as seguintes especialidades:

1.1.1. Todos os procedimentos cobertos por este contrato, conforme lista de referencial, devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Hospital de Guarnição de Bagé, de 01 de agosto de 2024, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

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

CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 7 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, do edital

de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

5. Para atendimentos ambulatoriais e/ou procedimentos eletivos, a apresentação do paciente nas instalações do CONTRATADO correrá por conta do beneficiário.
6. A remoção do paciente será de responsabilidade do CONTRATANTE, com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, contratados por meio de credenciamento.
7. Nos casos de atendimento nas áreas de fonoaudiologia, de fisioterapia, de terapia ocupacional e de psicologia, o encaminhamento deverá ser efetuado, prioritariamente, por médico militar, depois de verificado o parecer do médico especialista e quando esgotados todos os recursos existentes nas OMS.
8. O CONTRATADO obriga-se a apresentar, ao CONTRATANTE, a relação dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados, por parte do CONTRATADO, para atender aos beneficiários deste contrato nas respectivas profissões e especialidades.
 - 8.1. O CONTRATADO obriga-se a manter junto ao CONTRATANTE uma relação atualizada dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe;
 - 8.2. Quando o corpo clínico do CONTRATADO for constituído, em parte ou no seu todo, por meio de **cooperativa vinculada**, esta deverá apresentar a relação acima descrita, cumpridas as formalidades postas, diretamente para o CONTRATANTE, nos termos do Anexo J deste Edital.
9. O CONTRATADO, representado no seu Corpo Clínico, prestará assistência médico-hospitalar conforme a seguinte discriminação: cuidados rotineiros de enfermagem, material a ser consumido em serviços cirúrgicos e em curativos, recursos complementares de diagnóstico e de terapia, salas de cirurgia e instalações equipadas com material e instrumental necessários à execução de atos médicos, medicação, alojamento, serviço de lavanderia, demais serventias e alimentação, inclusive dietas especiais e outros produtos nutricionais quando prescritos por parte do médico assistente.
10. Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entendendo-se como:
 - 10.1. O membro do Corpo Clínico do CONTRATADO;
 - 10.2. O que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO;
 - 10.3. O autônomo que presta serviço ao CONTRATADO.
11. Equipara-se ao subitem 10.3, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CONTRATADO.
12. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados, pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE, às dependências do CONTRATADO, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes; assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.
13. O CONTRATADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CONTRATANTE, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.
14. A solicitação de exame ou de procedimento coberto pelo FuSEx/SAMMED/PASS, decorrente de atendimento realizado em OCS ou por PSA, será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria das UAt, que decidirá pela sua autorização ou negação.
15. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o art. 10 da Portaria nº DGP-48/2008.
16. Os beneficiários do FuSEx/SAMMED/PASS têm direito à cobertura ou ao financiamento de órteses e próteses não odontológicas, nos termos das Portaria nº DGP-48/2008 (IR 30-38) e Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57), indenizáveis de acordo com o Anexo A das respectivas portarias, após a indispensável indicação de médico especialista, devidamente justificada por meio de relatório e exames especializados, e aprovada por médico militar.
 - 16.1. A cobertura acima indicada inclui órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico eletivo, submetido ao parecer da Comissão de Ética;
 - 16.2. Ao beneficiário do FuSEx/SAMMED será permitida a utilização de órteses e próteses não odontológicas por importação, quando não houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento, e estará condicionada à autorização prévia do DGP, ouvida a Diretoria de Saúde (DSau), conforme art. 28 da Portaria nº DGP-48/2008 (IR 30-38).
17. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo "R" do edital, não se incluem na presente contratação.

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

18. No caso de óbito ocorrido com paciente internado, o CONTRATADO notificará, de imediato, a família do paciente e o Fundo de Saúde do Exército (FuSEX) do Hospital de Guarnição de Bagé, através do email fusex@hguba.eb.mil.br, a quem caberá tomar as providências subsequentes.

19. Nos casos de internação, o CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia da Direção deste Hospital, conforme o modelo do Anexo II deste contrato.

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

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

21.1. O CONTRATADO deverá remeter, semanalmente, às segundas-feiras, via e-mail: fusex@hguba.eb.mil.br, à Seção Fundo de Saúde do Exército (FuSEX) do Hospital de Guarnição de Bagé, a lista de pacientes internados.

22. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do Hospital de Guarnição de Bagé. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

23. O Serviço de Auditoria do Hospital de Guarnição de Bagé possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

24. Os serviços de sobreaviso clínico ou ambulatorio ou cirúrgicos não serão remunerados, com adicional de 30% (trinta por cento) nos honorários, exceto em casos de acionamento por comprovada Urgência/Emergência;

CLÁUSULA QUINTA - Dos preços e das condições de pagamento.

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

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

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

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

29. O CONTRATANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte da Uat da Guarnição de Bagé, acompanhado da Guia de Encaminhamento, com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

28.1 No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, mediante assinatura de um “Termo de Compromisso” pelo beneficiário ou dependente, se comprometendo a levar a Guia de autorização ao Hospital, no período de até 48 horas, conforme modelo do Anexo IV deste Contrato.

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

31. Após a alta da mãe, as despesas referentes ao atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto o previsto no § 1º do art. 7º das IG 30-32) contribuinte do FuSEX/SAMMED serão implantadas em 100% do seu valor, no código ZM1, desde que vinculadas ao evento do nascimento ou sejam referentes a procedimentos de urgência ou emergência, até a alta do recém-nascido, conforme estabelece o art. 12 da Portaria nº DGP-48/2008, bem como seu Anexo A.

32. O atendimento neonatal a filho de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de filho natural do SC falecido) contribuinte da PASS será coberto pela PASS enquanto durar a internação vinculada ao evento do nascimento, conforme o art. 23 da Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57).

32.1. Após a alta da beneficiária dependente ou da pensionista contribuinte, as despesas referentes ao filho recém-nascido que permanecer hospitalizado serão implantadas em 100% (cem por cento) de seu valor.

33. As diárias de acompanhantes, para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos de idade, serão cobertas por parte do FuSEX/SAMMED/PASS, implantadas no código ZM2 para o FuSEX/SAMMED e descontadas do beneficiário titular em 20% (vinte por cento) para o PASS, conforme estabelecem o art. 64 da Portaria nº

DGP-48/2008 e art. 68 da Portaria nº DGP-117, de 19 de maio de 2008 (IR 30-57).

33.1. Os acompanhantes para pacientes, fora dessa faixa etária, não terão as diárias cobertas pelo FuSEx/SAMMED/PASS;

33.2. Os casos excepcionais, fora da faixa etária permitida, só serão cobertos por parte do FuSEx/SAMMED quando autorizados pela RM, após comprovação do médico perito da UG FuSEx da necessidade de acompanhante para o paciente; e,

33.3. Os casos excepcionais, fora da faixa etária permitida, só serão cobertos por parte da PASS quando autorizados pela DAP mediante solicitação da RM, após comprovação do médico perito da UG PASS da necessidade de acompanhante para o paciente.

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

35. O CONTRATADO se obriga a apresentar ao CONTRATANTE, entre o 1º (primeiro) e o 8º (oitavo) dia do mês subsequente, no Setor de Lisura do Hospital de Guarnição de Bagé, a fatura, em 01 (uma) via de igual teor, em nome do Hospital de Guarnição de Bagé, Unidade Gestora do Fundo de Saúde do Exército, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do SAMMED/FuSEx/PASS com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, a relação de materiais e medicamentos gastos relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, número de matrícula do Servidor Civil ou de seu dependente, se for o caso, número de matrícula no cadastro de beneficiários do FuSEx (número de cartão FuSEx, composto pelo Código de Pessoal – PREC/CP – mais sequência familiar), se militar contribuinte do FuSEx, os quantitativos de CH, pacote adotado, valor de R\$ (reais), relatório de conferência (espelho) e uma ficha de controle de procedimentos.

35.1. O CONTRATANTE não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;

35.2. O CONTRATADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FuSEx, de Servidores Cíveis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;

35.3. O CONTRATADO deverá apresentar as faturas em lotes separados, organizados por despesas com consultas, exames, setor de ambulatório, internações e emergência/urgência;

35.4. O CONTRATANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 15 (quinze) dias do respectivo protocolo;

35.5. Aceita a documentação, dentro do prazo acima fixado, a mesma será recebida por meio de termo circunstanciado assinado pelas partes.

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

36.1. O Setor de Lisura do Hospital de Guarnição de Bagé possuirá o prazo de 10 dias, contado a partir do término do prazo do subitem 35;

36.2. O CONTRATADO poderá interpor pedido de reconsideração, nos termos do art. 165, II, da Lei nº 14.133, de 2021, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CONTRATANTE, conforme o Índice de Glosa do anexo III deste contrato, dentro do prazo de 3 (três) dias úteis.

37. Os serviços e os respectivos valores máximos serão pagos na forma de pacotes, Honorários Médicos ou de acordo com as tabelas, índices e valores estabelecidos em anexo a este Contrato: LISTA DE REFERENCIAL DE PREÇOS Da UG FuSEx acrescendo os Pareceres Técnicos Nº 447, 191, 237 e 366 – SDRAS/ Dsau, de respectivamente, 29 de dezembro de 2021, 07 e 21 de agosto de 2023 e 15 de dezembro de 2023 e a LISTA REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE HGuBa 2024 anexo ao contrato.

38. A CREDENCIADA, no caso de curativos ou outros tratamentos sequenciais, autorizados em uma única Guia de Encaminhamento, deve apresentar junto, às faturas, a folha de gasto à parte, com assinatura e data do beneficiário ou seu representante, registrados a cada comparecimento;

39. A Nota Fiscal correspondente ao serviço prestado deverá ser emitida em nome do Hospital De Guarnição De Bagé, portador do CNPJ Nr 09.564.439/0001-11, para recurso do Tesouro Nacional ou do CNPJ Nr 09.564.139/0002-00, para recurso do Fundo do Exército, da qual deverá constar o número da Nota de Empenho correspondente e os dados bancários do CREDENCIADA, para crédito em conta-corrente do valor devido, assim como a discriminação detalhada dos serviços cobrados.

CLÁUSULA SEXTA – Da atualização dos preços.

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

edital de credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.

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

CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.

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

Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos decorrentes deste Edital são os seguintes: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0250270037 – 0100000000 – 0250270013 - Programa de Trabalho Resumido 089046 – 088962 – 089047 – 088960. D8SAFSOCSA-FUSEX OCS/C; D8SAFUSPRSA-FUSEX PSA;D8SACIVOCSPA-PASS-OCS/C-Fex; D8SACIVPRSA-PASS-PSA-Fex; D8SAFCTOCSA-FC-OCS/C;

CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Das acomodações para internação.

50. Os padrões de acomodações hospitalares para os beneficiários do SAMMED/FuSEx e seus dependentes serão, de acordo com a disponibilidade, os seguintes:

50.1. Para oficiais, subtenentes e sargentos e seus dependentes:

50.1.1. Quartos privativos; e

50.1.2. Quartos semiprivativos;

50.2. Para cabos, taifeiros e soldados:

50.2.1. Enfermarias de até três leitos; e

50.2.2. Enfermarias gerais.

50.3. Os dependentes de cabos, soldados e taifeiros terão direito a:

50.3.1. Quartos semiprivativos; e

50.3.2. Enfermaria de até seis leitos.

50.4. O padrão das acomodações para hospitalização a que os beneficiários da PASS fazem jus é definido pela correlação estabelecida na Portaria Ministerial nº 396, de 2008.

51. No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com os padrões a que tem direito o beneficiário do FuSEx/SAMMED/PASS, a OCS obrigar-se-á a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, sem ônus para o beneficiário ou para o FuSEx/SAMMED/PASS.

52. É reservado aos beneficiários do FuSEx/SAMMED/PASS o direito de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si ou para seus dependentes. Neste caso, as diferenças de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção serão pagas integral e diretamente pelo beneficiário ao CONTRATADO.

52.1. No caso de haver a opção pela melhoria do padrão de acomodação hospitalar, deverá ser assinado, entre o beneficiário, ou servidor civil, e o CONTRATADO, um TERMO DE AJUSTE PRÉVIO, conforme Anexo I a este contrato;

52.2. A opção feita pelo beneficiário, ou servidor civil, da melhoria do padrão de acomodação, por meio do Termo de Ajuste Prévio, deverá constar da fatura apresentada pelo CONTRATADO;

52.3. O cálculo da diferença de valor do padrão de acomodação hospitalar, livremente escolhida pelo

beneficiário ou seu responsável, ou pelo servidor civil, terá como base os valores constantes da Lista Referencial de Procedimentos Hospitalares do FuSEx do HGuBa para contratos de credenciamento - anexo V do contrato, previamente ajustados neste contrato, considerada a dedução do valor da diária coberta pelo CONTRATANTE;

52.4. A complementação de honorários profissionais do médico assistente será cobrada diretamente do beneficiário, ou do Servidor Civil, pelo CONTRATADO, conforme a Tabela CBHPM 2014 e referenciais de preço anexos a este contrato.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da negação de remuneração a militares.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Da subcontratação.

55. É permitida a entidade contratada subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato,

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Do valor do contrato.

58. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo Hospital de Guarnição de Bagé, nos contratos anteriores.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Obrigações pertinentes à LGPD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – Do foro.

67. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o de Bagé/RS, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

68. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 2 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

Bagé, de outubro de 2024

CONTRATADA



CARLOS EDUARDO OLIVEIRA DOS SANTOS
Responsável Legal / Provedor
CPF: 620.075.300-82

CONTRATANTE



MACLEINE FRANTZ MACHADO – Ten Cel
Diretora do HGuBa
CPF : 727.813.780-20

TESTEMUNHA



VANESSA ROBAINA SOARES – 1º Ten
Fiscal de Contrato
CPF: 012.287.520-60

TESTEMUNHA



GELSON SANTIAGO FERREIRA - STen
Chefe da SALC
CPF 931.946.410-34



Márcio da Costa Mello
GESTOR ADMINISTRATIVO
SANTA CASA DE CARIDADE
DE BAGÉ

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE BAGÉ

Nome do Hospital:.....

Rua Nr..... Cidade UF.....

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome do beneficiário.....

Nome do responsável.....

Nome do médico assistente..... CRM CPF.....

O beneficiário ou seu dependente, o hospital e o médico assistente, acima referidos, ajustam entre si as seguintes condições:

1. Sobre-preço das instalações hospitalares especiais, livremente escolhidas pelo beneficiário ou seu responsável, limitado à tabela de preços para a clientela particular, considerada a dedução do valor da diária paga pela RM/UG-FuSEx ao Hospital:

R\$.....;

2. Complementação de honorários profissionais do médico assistente, conforme constar do contrato (ou convênio) firmado, e de até 100% (cem por cento) dos valores constantes da tabela da AMB, adotada pela Previdência Social:

R\$

Local e data:.....

Assinatura do beneficiário:.....

Assinatura do médico assistente: CRM:

Observações:

a) Para cada médico ou odontólogo, que assistir ao paciente, deverá ser firmado um Termo de Ajuste Prévio;

b) A RM/UG-FuSEx não se responsabilizará pelos valores que excederem aos previstos nos contratos ou convênios estabelecidos;

c) Este ajuste não autoriza a cobrança de taxas não previstas em Termo de Credenciamento assinado entre a OCS e o Exército Brasileiro, de quaisquer naturezas; e

d) O presente documento deverá ser emitido em quatro vias, com a seguinte destinação: 1ª via - beneficiário ou responsável; 2ª via – RM/UG-FuSEx; 3ª via - hospital; 4ª via - médico assistente.

_____, RS,...../...../.....

Nome e assinatura do beneficiário

Nome e assinatura do responsável pelo Hospital



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE BAGÉ

PEDIDO DE INTERNAÇÃO

Solicito ao Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) autorização para tratamento do(a) paciente:

(Nome do Paciente) _____,

Nr do PREC CP ou matrícula do SIAPE _____, no(a) Hospital ou Clínica:

(Nome da Instituição) _____.

Com Diagnóstico de: _____ CID: _____

Cujos principais sinais e sintomas são _____

Justificativa para internação: _____

Caráter da Internação: Eletiva Urgência/Emergência

Tipo de tratamento: Clínico Cirúrgico

Descrição dos Procedimentos (tratamento)	Quantidade	Código AMB

Data da internação: ____/____/____

Data da cirurgia: ____/____/____ (se o tratamento for cirúrgico)

Previsão do tempo de hospitalização: _____

Materiais especiais?

Não

Sim, descrição: _____

_____, RS, ____/____/____

(assinatura e carimbo do médico)

Lista – Índice de Glosa**MINISTÉRIO DA DEFESA****EXÉRCITO BRASILEIRO****CMS - 3ª RM****HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE BAGÉ****Tabela de Glosa do FuSEx**

1	Atendimento não caracterizando urgência	41	Material incluso no procedimento
2	Acomodação acima da autorizada	42	Material não coberto (ver relação anexa)
3	Atendimento por médico militar	43	Material não justificado para o caso
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais	44	Material não utilizado
5	Cobrança de 30 % não caracterizado urgência ou emergência	45	Material reutilizável – pagamento parcial
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	46	Medicação não considerada de urgência
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	47	Medicação em desacordo com a prescrição
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha	48	Medicação em excesso
9	Data de atendimento fora da competência	49	Medicação não justificada para o caso
10	Diagnóstico ilegível	50	Medicação não prescrita
11	Diárias em excesso	51	Medicação não utilizada
12	Diárias fora da tabela acordada	52	Medicamento acima do preço de mercado
13	Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente	53	Medicamento não coberto
14	EPI de responsabilidade do prestador	54	Medicamento suspenso
15	Especialidade não autorizada	55	Paciente não é beneficiário FuSEx/PASS
16	Evento incluso no pacote acordado	56	Prescrição médica em rasura ou ilegível
17	Evento que não comporta cobrança	57	Prestador descredenciado
18	Exame não prevê cobrança contraste	58	Procedimento/exames em excesso
19	Exame sem laudo	59	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
20	Exames/procedimentos não requisitados	60	Procedimento/exame em duplicidade
21	Falta de discriminação dos serviços executados	61	Procedimento/exame não coberto
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem	62	Procedimento/exame não realizado
23	Fatura sem separar (FuSEx – PASS – Fator de Custo)	63	Prontuário/ficha/boletim ilegível
24	Filme –cobrança em desacordo com CBR	64	Prontuário/ficha/boletim rasurados
25	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	65	Retorno de consulta
26	Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável	66	SADT/exames fora da tabela acordada
27	Guia autorizada para outro prestador	67	Sem autorização para procedimento ou exame
28	Guia de encaminhamento fora da validade	68	Sem diagnóstico
29	Guia não autorizada pelo FuSEx	69	Sem guia/ofício de encaminhamento

30	Guia autorizada para outro beneficiário	70	Solicitação médica com data rasurada
31	Guia autorizada para outro procedimento	71	Solicitação com data posterior ao exame
32	Guia sem carimbo de autorização	72	Solicitação médica com data vencida
33	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	73	Solicitação médica sem data
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	74	Soma errada – cálculo
35	Justificar cobrança	75	Taxas fora da tabela acordada
36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério	76	Taxas indevidas ou em excesso
37	Material acima do preço de mercado	77	Visita hospitalar em duplicidade
38	Material de alto custo sem nota fiscal	78	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
39	Material em excesso	79	Visita de especialista sem autorização prévia
40	Material fixo	80	Outros

TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE BAGÉ

Nome do titular do FUSEx: _____

Nome do dependente (paciente): _____

PrecCp: _____

Especialidade atendida: _____

Data de atendimento: ____/____/____ Hora de emissão: ____/____/____

Telefone de contato do responsável: _____

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

Estou ciente que o não cumprimento deste termo acarretará o pagamento integral das despesas realizadas, conforme Capítulo III da Urgência e Emergência previstas nas Instruções Reguladoras para Assistência Médico Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38):

“Art. 20. O FUSEx não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências previstas nos arts. 18 e 19 da IR 30-38.”

Assinatura do beneficiário ou responsável

A ser preenchido pela Organização Civil de Saúde /OCS

Horário limite para a troca do tempo para a Guia autorizada do FUSEx _____
Srs. Beneficiários, a troca somente será realizada dentro do prazo e horários estabelecidos acima.

Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível)

OBS: O hospital ficará com o termo original e o responsável pelo paciente ficará com a cópia a ser trocada.



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE BAGÉ
(Hospital de 3ª Classe – Bagé - RS-1919)

LISTA REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE HGuBa 2024

1 . Honorários		Unidade	Proposto pelo HGuBa	Proposto pela OCS	Autz DSAU
1.1	EXAMES DE IMAGEM		CBHPM 2012 UCO 11,50	CBHPM 2012 UCO 11,50	Autorizado
1.1.1	FILME RADIOLÓGICO	p/m2	21,70/m2	21,70/m2 Conforme metragem da CBHPM 2012	Autorizado
1.2	Exames de Laboratório		CBHPM 2012 UCO 11,50	CBHPM 2012 UCO 11,50	Autorizado
1.3	Honorários médicos (procedimentos)		CBHPM 2014 UCO 16,15	CBHPM 2014 UCO 16,15	Autorizado (Vide Tabela A)
OBS: para os itens 1.1 a 1.3 – que têm como referencial a tabela CBHPM, caso o código solicitado não conste na tabela aprovada, será utilizado o referencial da próxima edição em que ele conste, aplicando-se a valoração aprovada neste referencial de custos.					
1.4	Consultas Médicas/Visitas Hospitalares	Atendimento	100,00	100,00	Autorizado
1.5	Médico especialista visitador em UTI (mediante evolução realizada)	Dia	100,00	100,00	Autorizado
1.6	Chamada de Especialista - Emissão de Parecer	Atendimento	150,00	150,00	Autorizado
1.7	Chamada de Especialista – Em Horário de Emergência	Atendimento	200,00	200,00	Autorizado
1.8	AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA NO BLOCO	Atendimento	100,00	100,00	Autorizado

1.9	MEDICO ESPECIALISTA (CONSULTA)	Atendimento	120,00	125,00	Autorizado
1.10	PSICOLOGIA	Sessão	42,00	45,00	Autorizado
1.10.1	Avaliação neuropsicológica (requisitada por neurologista) com testes inclusos.	Por sessão (Será autorizado máximo de 6 sessões)	-	100,00	Autorizado
1.11	Consulta ao(à) nutricionista	P/Sessão	42,00	50,00	Autorizado
1.12	FONOAUDIOLOGIA	Sessão	40,00	120,00	Autorizado R\$ 54,00
1.13	FISIOTERAPIA	Sessão	tabela RNPF (COFFITO) CH 0,25	tabela RNPF (COFFITO) CH 0,27	Autorizado
1.14	ONCOLOGIA	Consulta inicial	Consulta inicial (planejamento) R\$120,00	125,00	Autorizado
		1º dia	Quimioterapia:R\$ 76,00	80,00	Autorizado
		2º ao 7º dia.	Quimioterapia:R\$ 30,00	35,00	Autorizado
As sessões contemplam o material, equipamentos e testes que possam vir a ser aplicados.					
1.15.1	Psicólogo / neuropsicólogo especializado em TCC	Por sessão	-	100,00	Autorizado
1.15.2	Psicopedagogo /neuropsicopedagogo especializado em ABA	Por sessão	-	100,00	Autorizado
1.15.3	Terapia Ocupacional especializado em ABA	Por sessão	-	100,00	Autorizado
1.15.4	Fonoaudiologia especializado em ABA	Por sessão	-	100,00	Autorizado
1.15.5	Psicomotricista especializado em ABA	Por sessão	-	100,00	Autorizado

1.15.6	Fisioterapeuta especializado em pacientes com necessidades especiais (técnicas específicas)	Por sessão	-	100,00	Autorizado
--------	---	------------	---	--------	------------

Tabela A

Portes Cirúrgicos

1A	R\$ 14,49	5C	R\$ 328,54	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\$ 1.278,56
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\$ 157,87	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\$ 266,16	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

2- ANESTESIA				
Códigos	Portes	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta da OCS	Autz DSAU
Anestesia Local	Porte 0	-	-	-
50011116	Porte 1	209,68	209,68	Autorizado
50011117	Porte 2	308,62	308,62	Autorizado
50011118	Porte 3	412,00	412,00	Autorizado

50011119	Porte 4	566,50	566,50	Autorizado
50011120	Porte 5	772,60	772,60	Autorizado
50011121	Porte 6	1.019,70	1019,70	Autorizado
50011122	Porte 7	1.494,05	1.494,05	Autorizado
50011123	Porte 8	1.951,80	1.951,80	Autorizado

OBS: **Porte 0 (Zero)** significa **não** participação do anestesista. **Porte 1 (Hum) e 2 (Dois)** serão remunerados como **Porte 3 (Três)**. Para todos os procedimentos haverá avaliação pré-anestésica, que será preenchida em formulário próprio e assinada pelo paciente e por um médico anesthesiologista (Ficha de Avaliação Pré-anestésica), na qual será remunerada em R\$ 72,00 (setenta e dois reais), independentemente do momento e local que seja realizada.

3. Diárias de internação		Unidade	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta da OCS	Autz DSAU
3.1	APTO. STANDART – PRIVATIVO	diária	660,00	660,00	Autorizado R\$ 600,00
3.2	APTO. STANDART – PRIVATIVO- CONJUNTO (RN)	diária	717,00	717,00	Autorizado R\$ 660,00
3.3	APTO. STANDART – SEMI PRIVATIVO	diária	482,00	482,00	Autorizado R\$ 400,00
3.4	APTO. STANDART – SEMI PRIVATIVO- CONJUNTO (RN)	diária	529,00	529,00	Autorizado R\$ 500,00
3.5	BERÇÁRIO	diária	157,00	157,00	Autorizado
3.6	UTI NEO/PEDIÁTRICA	diária	1.200,00	1.200,00	Autorizado
3.7	UTI/CTI ADULTO	diária	1.200,00	1.200,00	Autorizado
3.8	DIÁRIA ACOMPANHANTE – SEMI PRIVATIVO (café da manhã e almoço)	diária	65,81	65,81	Autorizado R\$ 65,21
3.9	ISOLAMENTO (em apto ou UTI)	P/dia	R\$ 60,00	60,00	Autorizado

As diárias incluem: Leito próprio (cama ou berço), troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante (quando for o caso), cuidados e materiais de uso da higiene e desinfecção ambiental, dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais), atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas, cuidados de enfermagem, administração de medicamentos por todas as vias, preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos, controle de sinais vitais, controle de diurese, curativos, sondagens, aspirações, inalações, mudanças de decúbito, locomoção interna de paciente, preparo de pacientes para procedimentos médicos (enteroclistmas, lavagem gástrica, tricotomia, entubação, sondagens, etc.), cuidados e higiene pessoal do paciente, preparo de corpo em caso de óbito, orientação nutricional no

momento da alta, transporte de equipamentos (Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultrassonógrafo, etc.), taxas Administrativas e Serviços (taxa de internação, etc), EPI (equipamentos de proteção individual).

As diárias de UTI incluem: Todos os itens que compõem as diárias normais acrescido de equipamentos: Monitor cardíaco, Oxímetro de pulso, Desfibrilador / Cardioversor, Nebulizador, Aspirador a vácuo, Bomba de infusão, Respirador, Incubadora / Berço aquecido (UTI Neonatal), Fototerapia (UTI Neonatal). **Honorários dos Plantonistas da UTI/CTI**

Não está incluído na composição das diárias: Materiais e medicamentos, Sangue e derivados, Materiais para Curativos, S.A.D.T., Oxigenioterapia, Intercorrências cirúrgicas, Honorários Médicos, exceto plantonista, Dietas enterais e parenterais, Alimentação de acompanhante (que será paga conforme referencial da diária de acompanhante).

4. Taxas de sala	Unidade	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta	Autz DSAU
4.1 Sala de Pequenas cirurgias Porte 0	USO	90,90	90,90	Autorizado
4.2 Sala de Pequenas cirurgias Porte 1	USO	--	150,00	Autorizado

Itens 4.3 e 4.4 serão relativos à salas de PORTES 2 a 8, a serem pagos por tempo de utilização.

4.3 SALA CIRÚRGICA 1ª Hora	P/hora	210,00	260,00	Autorizado
4.4 SALA CIRÚRGICA ½ SUBSEQUENTE	P/hora	95,00	99,75	Autorizado
4.5 SALA RECUPERAÇÃO ATÉ 6 HORAS	período	157,26	157,26	Autorizado R\$ 157,26
4.6 SALA RECUPERAÇÃO ATÉ 12 HORAS	período	226,68	226,68	Autorizado R\$ 226,68
4.7 SALA PRÉ-PARTO	Por uso	150,00	150,00	Autorizado

As taxas de sala cirúrgica/recuperação/ pré-parto incluem (caso seja necessário o uso) assistência de enfermagem, carro de anestesia, monitor cardíaco, PA não invasiva, oxímetro, capnógrafo, bisturi elétrico, bomba de infusão, taxa de instrumentador, taxa de serviço de embrocação, microscópio OTO, curativos, aspirações, lavagens, locomoção de pacientes.

A taxa de recuperação pós anestésica inclui: Local, Leito, Rouparia, Monitorização dos sinais vitais, Monitor, Oxímetro, Desfibrilador – Não será paga esta taxa se após a cirurgia o paciente for internado em UTI-

4.7 SALA AMBULATORIAL	Por uso	51,81	55,00	Autorizado
4.8 OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL ATÉ 6 HORAS	Por uso	90,00	90,00	Autorizado
4.9 OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL ATÉ 12 HORAS	Por uso	140,00	140,00	Autorizado

Se o paciente evoluir para internação, será paga apenas a diária e não o período de 6 ou 12h de ambulatório.

4.10 SALA GESSO COL/TROCA/ RETIRADA	Por uso	25,00	34,88	Autorizado R\$ 34,88
4.11 SALA EXAME DIAGN (ENDOS/CISTOS/COLONOS)	Por uso	150,00	160,00	Autorizado

OBS: 4.11 -Não será paga quando for pago o UCO (CBHPM) do procedimento.

4.12 SALA IMOBILIZAÇÃO N. GESSADA/INFILTRAÇÃO	Por atend	12,05	12,65	Autorizado
4.13 SALA HEMODIÁLISE	Por sessão	120,00	120,00	Autorizado

4.14	SALA DE QUIMIOTERAPIA -para pacientes ambulatoriais	P/sessão	28,63		30,06	Autorizado
Obs: 4.13 e 4.14 -Pago apenas quando FOR AMBULATORIAL, FORA de leito próprio de internação.						
4.15	TAXA DE PRONTO ATENDIMENTO inclui o registro do paciente, uso das instalações	P/atend	50,00		50,00	Autorizado

5. Gasoterapia	Unidade	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta da OCS	Autz DSAU
AR COMPRIMIDO	P/hora	4,43	9,03	Autorizado R\$ 7,80
OXIGÊNIO ½ HORA	Período de até 30 min	3,83	8,27	Autorizado R\$ 7,47
OXIGÊNIO 1ª HORA	P/ Hora	7,66	22,60	Autorizado R\$ 14,95
OXIGÊNIO NO QUARTO/INC/C REC/ AMB/CTI/UCE	P/hora	5,75	14,95	Autorizado R\$ 14,95
PROTÓXIDO DE AZOTO	P/hora	21,74	57,51	Autorizado R\$ 55,00
UMIDIFICAÇÃO	P/hora	2,40	2,40	Desfavorável à remuneração
GÁS CARBÔNICO	P/litro	0,17	0,17	Negociar valoração por hora
VÁCUO	P/hora	8,99	8,99	Autorizado

6	Taxas Ambulatoriais SERVIÇOS	Unidade	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta da OCS	Autz DSAU
NÃO REMUNERAR NAS INTERNAÇÕES E CC					
6.1	APLICAÇÃO EV/SC/ID	P/uso	4,51	7,84	Autorizado
6.2	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO	P/atend	6,33	11,00	Autorizado R\$ 8,22
6.3	ASPIRAÇÃO POR BOMBA	P/hora	3,45	3,60	Autorizado
6.4	ASPIRAÇÃO A VÁCUO	P/hora	3,45	5,00	Autorizado R\$ 3,77
6.5	BALANÇO HÍDRICO	P/dia	3,68	3,85	Autorizado
6.6	CATETERISMO VESICAL C/MAT/MED	P/atend	23,75	58,48	Autorizado R\$ 54,51
6.7	CONTROLE DE DIURESE	P/dia	1,15	2,97	Autorizado R\$ 1,57
6.8	CONTROLE DE PRESSÃO VENOSA	P/dia	16,75	27,78	Autorizado R\$ 18,29

6.9	EMBROCAÇÃO	P/atend	5,67	9,73	Autorizado R\$ 9,28
6.10	FLEBOTOMIA	P/atend	5,90	5,90	Autorizado
6.11	LAVAGEM GÁSTRICA AMBULATORIAL	P/atend	24,50	24,50	Autorizado
6.12	LAVAGEM VESICAL AMBULATORIAL	P/atend	22,43	24,50	Autorizado
6.13	RETIRADA DE PONTOS C/ MATERIAL (remunerar somente em procedimento ambulatorial)	P/atend	21,00	48,84	Autorizado R\$ 30,00
6.14	SONDAGEM NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL COM MATERIAL	P/sessão	30,00	56,37	Autorizado R\$ 54,51
6.15	ENEMA COM MATERIAL	P/sessão	30,00	45,00	Autorizado R\$ 30,00
6.16	TRICOTOMIA COM MATERIAL	P/sessão	18,00	50,00	Autorizado R\$ 18,87

6. 17 Curativos (SERVIÇOS AMBULATORIAIS)

- a) A taxa de curativos deverá ser remunerada no ambulatório;
- b) Paciente internado deverá remunerar apenas materiais e medicamentos utilizados.
- c) Os curativos realizados nas salas de cirurgias não serão remunerados, pois estão incluídos nas taxas de sala de cirurgia.
- d) Os materiais utilizados deverão estar de acordo com a **Classificação dos curativos para pagamento de taxas constante na tabela abaixo, exceções deverão ter justificativa médica.**

Curativos	UNIDADE	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta da OCS	Autz DSAU
CURATIVO ESPECIAL C/MAT/MED	P/atend	63,25	80,00	Autorizado R\$80,00

Serão considerados **curativos especiais** os seguintes: Aquelas lesões que ultrapassem em dimensões as descritas em curativos grandes, acrescidas pelo uso de grande quantidade de material.

CURATIVO GRANDE C/MAT/MED	P/atend	53,00	69,00	Autorizado
---------------------------	---------	-------	-------	------------

Serão considerados **curativos grandes** os seguintes: Incisões contaminadas ou com deiscência de sutura, grandes cirurgias como reconstrução mamária, enxertos e outras reconstruções incluindo fasciítes, toracotomia com ou sem drenagem, grandes queimados, infecção de estemo e cavidades abertas, com lavagem, grandes fístulas e outros da mesma similaridade.

CURATIVO MÉDIO C/MAT/MED	P/atend	39,00	45,00	Autorizado
--------------------------	---------	-------	-------	------------

Serão considerados **curativos médios** os seguintes: Cirurgias infectadas (Cesáreas), incisões com drenos, lesões cutâneas de média extensão, com exsudato entre outros

CURATIVO PEQUENO C/MAT/MED	P/atend	22,00	24,00	Autorizado
----------------------------	---------	-------	-------	------------

Serão considerados **curativos pequenos** os seguintes: Catéteres 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, varicocele, colecistectomia e retirada de pontos cirúrgicos.

CURATIVO UMBILICAL C/MAT/MED	P/atend	5,15	7,00	Autorizado R\$7,00
CURATIVO GINEC/EPISIOT C/MAT/MED	P/atend	10,50	11,90	Autorizado R\$ 11,01

Classificação dos curativos para pagamento de taxas					
Tamanho	Extensão	Profundidade	Exsudação	a. Pomada / Solução	Quantidade
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente	Dermazine Dersani Kollagenase Age	10 ml 10 ml 10 g. 10 ml
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima a Moderada	Dermasine Dersani Kollagenase Age	15 ml 15 ml 15 g. 15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Dermasine Dersane Kollagenase Age	20 ml 20 ml 20 g. 20 ml
CURATIVOS ESPECIAIS:					
Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo. Em situações especiais, deverá ser justificado.					
Descrição do curativo			Frequência de trocas		
Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata			de 01 a 03 dias		
Hidrocolóide, Hidrogel			de 01 a 07 dias		

7	Taxas Ambulatoriais EQUIPAMENTOS	Unidade	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta da OCS	Autz DSAU
7.1	BILIRRUBINÔMETRO TRANSCUTÂNEO	P/USO	--	12,00	Autorizado
7.2	BOMBA DE INFUSÃO (incluso nas diárias de CC e UTI)	P/dia	25,50	26,50	Autorizado
7.3	BOMBA DE SUCÇÃO DE LEITE	P/uso	5,30	5,50	Autorizado
7.4	CAPNÓGRAFO	P/dia	23,30	24,30	Autorizado
7.5	COLCHÃO ANTIESCARAS (com indicação médica para o uso)	Um Por internação	35,00	35,00	Autorizado

7.6	CRANIÓTOMO	P/uso	31,73	33,00	Autorizado
7.7	DEFIBRILADOR (remunerar somente quando fora da UTI, CC e sala de recuperação)	P/uso	25,50	26,50	Autorizado
7.8	FOTOTERAPIA (remunerar somente quando fora da UTI)	P/DIA	28,70 P/Atendimento	25,00 P/DIA	Autorizado
7.9	HTG – HEMOGLUCOTESTE (inclui o material)	P/USO	8,12	8,50	Autorizado
7.10	INCUBADORA OU BERÇO AQUECIDO (remunerar somente quando fora da UTI)	P/dia	11,40	12,00	Autorizado
7.11	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	P/ uso	132,30	137,50	Autorizado
7.12	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	P/uso	97,04	97,04	Autorizado
7.13	MARCO PASSO TRANSITÓRIO	P/uso	34,04	34,04	Autorizado
7.14	MONITOR MULTI-PARÂMETROS (remunerar somente quando fora da UTI ou CC)	P/dia	36,76	38,20	Autorizado
7.14.1	MONITOR DE PA CRANIANA	P/ dia	--	39,50	Autorizado
7.14.2	PNI (FORA DA UTI OU BC)	P/ dia	--	25,00	Autorizado
7.14.3	PRESSÃO INVASIVA	P/ dia	--	30,00	Autorizado
7.15	NEBULIZAÇÃO (INCLUÍDO MATERIAL, MEDICAMENTO E GÁS)	P/aplic	12,00 S/ GÁS	15,00	Autorizado
7.16	OXÍMETRO (remunerar somente quando fora da UTI ou CC) acima de 5 aferições do dia	P/dia	25,50	25,50	Autorizado
7.17	OXÍMETRO (remunerar somente quando fora da UTI ou CC)	P/Uso até 5x dia	---	4,50	Autorizado
7.18	RAQUINAMÔMETRO (compreende a medição inicial, final e no transcurso do procedimento)	P/ procediment o	57,87	60,15	Autorizado
7.19	SERRA ELÉTRICA (CRÂNIO)	P/uso	26,00	26,00	Autorizado
7.20	SERRA ELÉTRICA TRAUMAT/GESEO	P/uso	12,41	12,90	Autorizado

7.21	VÍDEO LAPAROSCÓPIO/ ARTROSCÓPIO/ TORACOSCÓPIO - CIRÚRGICOS/ DIAGNÓSTICO	P/uso	257,42	257,42	Autorizado
7.22	VIDEO -Aparelho para Endoscopia ou colonoscopia	P/ uso	--	257,42	Autorizado
Taxas de vídeo 7.21 e 7.22: Taxa paga somente quando não for cobrado a UCO do procedimento médico.					
7.23	TRAÇÃO ESQUELÉTICA	P/dia	3,63	3,80	Autorizado
7.24	VÁCUO EXTRATOR	P/uso	25,00	25,00	Autorizado
7.25	VENTILAÇÃO MECÂNICA C/BLENDER(remunerar somente quando fora da UTI e CC)	P/dia	91,08	94,00	Autorizado
7.26	VENTILAÇÃO MECÂNICA SIMPLES (remunerar somente quando fora da UTI e CC)	P/dia	55,20	57,00	Autorizado
7.27	VENTILAÇÃO MECÂNICA C/ REG RESP ESP (remunerar somente quando fora da UTI e CC)	P/dia	101,20	105,00	Autorizado
7.28	VENTILAÇÃO A VOLUME (remunerar somente quando fora da UTI e CC)	P/dia	136,16	138,00	Autorizado
	BIPAP/ CIPAP	P/dia	--	R\$ 52,00	Autorizado
	TENDA DE OXIGÊNIO	P/dia	--	R\$ 12,00	Autorizado

8	Serviço de nutrição/dietética	Unidade	Valor Proposto pelo HGuBa	Proposta da OCS	Autz DSAU
OBS: - Apenas para dietas enterais e parenterais: médico nutrólogo ou, na ausência deste, a prescrição por nutricionista, quando solicitada por médico clínico. Demais situações estão incluídas na diária					
8.1	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (NA INTERNAÇÃO)	P/atend	25,00	26,00	Autorizado
8.2	NUTRIÇÃO NASO ENTÉRICA, Enteral e parenteral	Cálculo Inicial	59,80	62,00	Autorizado

9. Materiais e medicamentos	Autorizado em 2023	Proposta da OCS	Autz DSAU
-----------------------------	--------------------	-----------------	-----------

9.1	Medicação de uso restrito hospitalar e Medicação uso comum (preferencialmente medicamentos Genéricos)	Tabela própria tendo como teto CMED (coluna 18%)	Tabela CMED/ANVISA, atualizada, PF+ 12% (ICMS 18%)	Autorizado conforme Parecer Técnico nº 191 – DRAS/DSAU, de 07/08/2023
9.1.1	Medicação não constantes na tabela CMED/ANVISA ou aquelas em que o custo por dose individual, apurado nesta tabela, que acrescidos de 12%, for superior à R\$ 100,00.	Tabela própria tendo como teto CMED (coluna 18%)	NF com acréscimo de 20%	Autorizado conforme Parecer Técnico nº 191 – DRAS/DSAU, de 07/08/2023
9.1.2	Medicamentos antineoplásicos orais ou parenterais e para terapia imunológica	NF com acréscimo de 20%	NF com acréscimo de 20%	Autorizado
9.2	Contrastes para exames, além dos detalhados nos subitens 9.2.1 a 9.2.3.	----	Itens 9.2.1 a 9.2.3, outros, conforme Tabela CMED/ANVISA, atualizada, PF+ 12% (ICMS DO RS/18%) e na ausência do item nas opções anteriores, NF com acréscimo de 20%	CMED/ANVISA, atualizada, PF+ 12% (ICMS DO RS/18%) e na ausência do item nas opções anteriores, NF com acréscimo de 20%
9.2.1	Gadoteridol (PROHANCE ou similar) ampola c/ 10ML	NF com acréscimo de 20%	45,00	Autorizado
9.2.2	Gadoxetato dissódico (Primovist ou similar) ampola c/ 10ML	NF com acréscimo de 20%	45,00	Autorizado
9.2.3	IOPAMIDOL (IOPAMIRON ou similar) 100ML	NF com acréscimo de 20%	R\$ 90,00	Autorizado
9.3	Materiais descartáveis (excluir os seguintes itens: dreno tker latex esteril 16 5,5mm; Fio mersilene verde 015x45 s/ag; agulha biopsia 18gx20cm. Pois os valores propostos estão muito abaixo do preço de custo da OCS. Serão remunerados com a NF com acréscimo de 20%)	Tabela própria tendo como teto CMED (coluna 18%)	Tabela própria, e na ausência do item, NF de aquisição+ 20%	Autorizado conforme Parecer Técnico nº 237 – DRAS/DSAU, de 21/08/2023. Solicitado a exclusão dos materiais listados no item 9.3 desta minuta.
9.4	Órtese e Prótese	Nota Fiscal com acréscimo de até 20%	3 orçamentos - menor valor, apresentação de Nota Fiscal com acréscimo de até 15%	3 orçamentos - menor valor, apresentação de Nota Fiscal com acréscimo de até 15%
9.5	Materiais Especiais de Estoque	----	Tabela própria, e na ausência do item, NF+ 20%	Autorizado conforme Parecer Técnico nº 237 – DRAS/DSAU, de 21/08/2023.

9.6	Equipos para bomba de infusão	Tabela própria tendo como teto CMED (coluna 18%)	Tabela própria, e na ausência do item, NF+ 20%	Autorizado conforme Parecer Técnico nº 237 – DRAS/DSAU, de 21/08/2023.
9.7	Dietas especiais (nutrição e equipos para nutrição)	Nota Fiscal + acrescentar 20%	TABELA PRÓPRIA (item 9.7.1), na ausência do item, Nota Fiscal com acréscimo de até 20%	TABELA PRÓPRIA (item 9.7.1), na ausência do item, Nota Fiscal com acréscimo de até 20%

*ICMS no Rio Grande do Sul atualmente está em 18%, caso haja alteração, será atualizada a coluna de verificação da tabela CMED conforme o ICMS oficial atualizado.

*** para aqueles itens que tem como referência a Nota Fiscal, será considerado o valor de Nota Fiscal de Aquisição.

****Nos casos em que o valor de NF de aquisição estiver extrapolando em 100% do valor de mercado, apurado no referencial de compras governamentais, poderá ser requisitado também o Boleto de pagamento do item pela OCS ao Fornecedor, para comprovação da despesa.

9.7.1 – Tabela própria de Dietas especiais

Novasource Gl Control (sistema aberto) 1000ml	76,30	Autorizado
Isosource Soya (sistema aberto) 1000ml	23,65	Autorizado
Isosource 1,5 (sistema aberto) 1000ml	30,60	Autorizado
Novasource Senior (sistema aberto) 1000ml	51,50	Autorizado
Novasource Senior (sistema fechado) 1000ml	46,33	Autorizado
Novasource GC (sistema aberto) 1000ml	73,33	Autorizado
Fresubin Energy HP (sistema fechado) 1000ml	45,00	Autorizado
Survimed OPD (sistema fechado) 500ml	89,76	Autorizado
Trophic Soya (sistema aberto) 1000ml	18,70	Autorizado
Trophic 1.5 (Sistema aberto)1000ml	29,40	Autorizado
Nutren just protein (pó, lata) 280g	140,10	Autorizado
Resource Clear Thicken Up (caixa com 24 saches de 1,2g)	118,60	Autorizado
Nutren senior(pó, lata) 370g	56,40	Autorizado
Ensure baunilha (pó, lata) 850g	121,20	Autorizado

Glucerna (lata,pó) 850g	117,60	Autorizado
Pediasure (pó, lata) 400g	95,70	Autorizado
Pediasure (pó, lata) 900g	106,91	Autorizado
Neocate LCP (pó, lata) 400g	242,80	Autorizado
Pregomin Pepti (pó, lata) 400g	189,00	Autorizado
Nestogeno 1 (pó, lata) 800g	54,00	Autorizado
Nestogeno 2 (pó, lata)	52,00	Autorizado
Pré nan (pó, lata)400g	142,20	Autorizado
Nan 1 supreme (pó,lata) 800g	75,60	Autorizado
Nan AR pó, lata) 800g	57,23	Autorizado
Nan 1 confort (pó, lata) 800g	56,15	Autorizado
Aptamil pré (pó, lata) 400g	66,78	Autorizado
Aptamil 1 (pó, lata) 800g	58,30	Autorizado
Aptamil 2 (pó,lata)800g	59,40	Autorizado
ArgRepair (pó,caixa com 10 saches) 12g	9,00	Autorizado
Sinfort (pó, caixa com 30 saches) 2g	4,49	Autorizado
Probiatop (pó, caixa com 30 saches de 1 g) caixa	120,22	Autorizado
Resourse fiber mais (pó, lata) 260g	108,00	Autorizado
Fiber mais flora(pó, caixa com 6 saches de 5g) caixa	59,40	Autorizado
Nutren 1.5 (líquido, tetra slim) 200ml	16,10	Autorizado
Novasource Proline (garrafinha) 200ml	23,76	Autorizado
Energy zip (líquido, tetra slim) 200ml	8,70	Autorizado

10. Pacotes Diálise (Pacientes internados)			
DESCRIÇÃO HEMODIÁLISE	Valor Autorizado em 2021	Proposta da OCS	AUTZ DSau
Crônica	Sessão 502,14 Honorário Médico 180,83		Autorizado

Marcadores virais +	Sessão 751,64 Honorário Médico 180,83	Manutenção dos valores já aprovados	Autorizado
Aguda	Sessão 1.010,86 Honorário Médico 266,16		Autorizado
Contínua 12h	Sessão 1.348,84 Honorário Médico 309,45		Autorizado
CAPD treinamento 9 dias	Sessão 1.989,25 Honorário Médico 357,84		Autorizado
CAPD mês	Sessão 8.004,13 Honorário Médico 1004,76		Autorizado

11. PACOTES PARA PARTOS NORMAIS E/OU CESARIANA				
DESCRIÇÃO	Unidade	Valor Proposto pelo HGuBa	Valor solicitado pela OCS	AUTZ DSau
11.1- PACOTE 1 (Hotelaria e Bloco) (PARTO NORMAL OU CESARIANA) composto por: APTO. STANDART – SEMI PRIVATIVO (2 diárias), Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Sala Recuperação, Materiais e Medicamentos.	Por atendimento	2.100,00	2.200,00	Autorizado R\$ 2.100,00
11.2- PACOTE 2 - TOTAL DO PACOTE (PARTO NORMAL E/OU CESARIANA) APTO. STANDART – SEMI PRIVATIVO (2 diárias), Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Sala Recuperação, Materiais e Medicamentos, incluindo equipe médica da OCS (obstetra, pediatra, anestesista)	Por atendimento	4.900,00	R\$ 8.000,00 Incluso: 5.200,00 (taxas, mat/med); Obstetra: 1.400,00; Pediatra: 900,00; Anestesista: 700.	Autorizado R\$ 8.000,00 Incluso: 5.200,00 (taxas, mat/med); Obstetra: 1.400,00; Pediatra: 900,00; Anestesista: 700.
OBS: no PACOTE 2, caso algum dos profissionais médicos responsáveis seja MILITAR, será abatido do valor, respectivamente: MÉDICO OBSTETRA: 1.400,00 MÉDICO PEDIATRA: 900,00 MÉDICO ANESTESISTA: 700,00				
14.3- HONORÁRIO -Médico Obstetra – PARTO (cesário ou normal) a acompanhamento até a alta da paciente (até 3 dias).	Por atendimento	1.750,00	1.750,00	Autorizado
14.4- HONORÁRIO -Médico PEDIATRA – SALA DE PARTO (cesário ou normal) e acompanhamento até a alta do RN (até 3 dias).	Por atendimento	800,00	800,00	Autorizado
14.5- HONORÁRIO -Médico Anestesista PARTO (cesário ou normal)	Por atendimento	750,00	750,00	Autorizado

PACOTES DE RADIOTERAPIA

RADIOTERAPIA	Inclui	Exclui	Valor (R\$)
PACOTE DE BETATERAPIA - OLHO BENIGNA	Medicamentos, materiais, custos operacionais, Serviços hospitalares	Tomografia de planejamento	R\$ 714,19

PACOTE DE BETATERAPIA - OLHO NEOPLASIA	(Diárias), taxas de salas, serviços de enfermagem e administrativas, Megavoltagem, Cheque- filme, bloco de colimação, imobilizador, e simulação.	R\$ 1.322,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - ANUS E CANAL ANAL		R\$ 10.193,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - BEXIGA		R\$ 11.216,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASAIS		R\$ 8.702,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - CAVIDADE ORAL		R\$ 11.350,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - CEREBRO, TRONCO CEREBRAL E CEREBELO		R\$ 10.367,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - COLO DO UTERO		R\$ 12.037,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - COLON		R\$ 4.408,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - DOENCA DE HODGKIN (ANEL DE WALDAYER)		R\$ 4.094,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - DOENCA DE HODGKIN (INFRADIAFRAGMÁTIC A)		R\$ 6.649,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - DOENCAS BENIGNAS		R\$ 2.058,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - ENDOMETRICO		R\$ 12.037,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - ESOFAGO		R\$ 10.742,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - ESTOMAGO		R\$ 8.510,00

PACOTE DE RADIOTERAPIA - FIGADO E TRATO HEPATOBIAR			R\$ 8.510,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - GLÂNDULAS SALIVARES			R\$ 9.089,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - HIPOFARINGE			R\$ 10.024,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - HIPÓFISE			R\$ 8.002,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - LARINGE			R\$ 10.024,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - LEUCEMIA	Medicamentos, materiais, custos operacionais, Serviços hospitalares (Diárias), taxas de salas, serviços de enfermagem e administrativas, Megavoltagem, Cheque- filme, bloco de colimação, imobilizador, e simulação.	Tomografia de planejamento	R\$ 3.237,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - LEUCEMIA (MENINGITE LEUCÊMICA)			R\$ 7.702,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - LEUCEMIA (PROFILAXIA DO SNC)			R\$ 3.411,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - LINFOMA CUTÂNEO (CÉLULAS T)			R\$ 2.514,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - LINFOMA NAO HODGKIANO (POR REGIÃO)			R\$ 4.602,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - MAMA			R\$ 11.239,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - MAMA + CADEIAS LINFÁTICAS			R\$ 16.048,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - MEDIASINO E TRAQUEIA			R\$ 6.823,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA -			R\$ 12.564,00

MEDULOBLASTOMA , ependimoma E PINEAL			
PACOTE DE RADIOTERAPIA - METÁSTASES CEREBRAIS			R\$ 4.050,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - METÁSTASES CERVICAIS (TUMOR PRIMÁRIO DE LOCALIZAÇÃO IGNORADA)			R\$ 10.024,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - METÁSTASES LINFÁTICAS			R\$ 3.963,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - METÁSTASES ÓSSEAS (MEMBROS)			R\$ 3.683,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - METÁSTASES ÓSSEAS (TRONCO)			R\$ 3.920,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - MIELOMA E PLASMOCITOMA (MEMBROS)			R\$ 3.683,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - MIELOMA E PLASMOCITOMA (TRONCO)			R\$ 3.920,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - NASOFARINGE			R\$ 10.024,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - NEUROBLASTOMA			R\$ 5.317,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - OLHO E ORBITA			R\$ 4.215,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - OROFARINGE (AMÍGDALA, PILARES E			R\$ 10.024,00

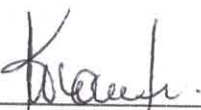
BASE DA LÍNGUA)			
PACOTE DE RADIOTERAPIA - OSSO			R\$ 8.100,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - OUTRAS INDICAÇÕES			R\$ 4.408,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - OUVIDO			R\$ 10.024,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - OVÁRIO			R\$ 9.581,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - PÂNCREAS			R\$ 8.510,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - PELE			R\$ 2.514,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - PELE + DRENAGEM LINFÁTICA	Medicamentos, materiais, custos operacionais, Serviços hospitalares (Diárias), taxas de salas, serviços de enfermagem e administrativas, Megavoltagem, Cheque- filme, bloco de colimação, imobilizador, e simulação.		R\$ 5.638,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - PÊNIS E URETRA MASCULINA			R\$ 8.903,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - PREVENÇÃO DE RECIDIVA DE QUELOIDE		Tomografia de planejamento	R\$ 1.149,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - PRÓSTATA			R\$ 14.278,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - PULMÃO			R\$ 9.248,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - RABDOMIOSSARCOMA			R\$ 9.497,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - RETO			R\$ 12.494,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - RETROPERITÔNIO			R\$ 8.903,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - RIM, PÉLVIS RENAL E URETER			R\$ 7.686,48

PACOTE DE RADIOTERAPIA - SARCOMA DE EWING			R\$ 8.578,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - SARCOMA DE PARTES MOLES			R\$ 8.680,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - SNC PEDIÁTRICO			R\$ 7.978,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - TESTÍCULO			R\$ 7.201,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - TIREOIDE			R\$ 7.245,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - TROMPA DE FALÓPIO			R\$ 13.129,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - TUMOR DE WILMS			R\$ 5.143,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - URETRA FEMININA			R\$ 8.510,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - VAGINA			R\$ 3.129,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - VULVA			R\$ 8.510,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA - ADRENAL			R\$ 5.781,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA CONFORMADA -TODAS LOCALIZAÇÕES			R\$ 14.818,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA DE CORPO INTEIRO			R\$ 4.104,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA DE MEIO CORPO - HBI			R\$ 2.902,00
PACOTE DE RADIOTERAPIA DE PELE TOTAL - TSI			R\$ 14.000,00

PACOTE DE RADIOTERAPIA ROTATÓRIA	Medicamentos, materiais, custos operacionais, Serviços hospitalares (Diárias), taxas de salas, serviços de enfermagem e administrativas, Megavoltagem, Cheque- filme, bloco de colimação, imobilizador, e simulação.	Tomografia de planejamento	R\$ 9.624,00
--	--	----------------------------	--------------

Referenciais:

- Parecer Técnico nº 366 de 15/12/2023 (DSAU);
- Parecer Técnico nº 447 de 29/12/2021 (DSAU);
- Parecer Técnico nº 237 de 21/08/2023 - Descartáveis e insumos (DSAU);
- Parecer Técnico nº 191 de 07/08/2023 - Medicamentos (DSAU).


MACLEINE FRANTZ MACHADO - Ten Cel
 Ordenadora de Despesas do H Gu Ba