

# EDITAL



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

## **CREDENCIAMENTO DE ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS) E PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**NUP: 64583.011276/2023-97**

A União, através do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife, com sede na cidade de Recife - PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, por meio de seu Ordenador de Despesas, torna público para conhecimento dos interessados, que realizará o Credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), por Inexigibilidade de Licitação com fundamento nos Art. 74 e 79 da Lei nº 14.133, de 2021, no Decreto nº 11.878, de 2024, para prestação de serviços de saúde **Médico-Hospitalar e Ambulatorial, Clínica e Cirúrgica, Odontológica, Atendimento Domiciliar, Laboratorial em Análises Clínicas, Anatomia Patológica e genética (testes genéticos), Fisioterápicos, Fonoaudiológicos e Terapêuticos, Nutrição Enteral e Parenteral, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), Fornecimento de Órtese, Próteses e Materiais Especiais (OPME), e Assistência Técnica de Enfermagem Domiciliar** mediante as condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.

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

- a) a **Lei 14.133/2021, de 01 de abril de 2021 e suas alterações** - Norma para Licitação e Contratos da Administração Pública;
- b) a **Lei nº 6.880, de 09 de Dezembro de 1980** - Estatuto dos Militares;
- c) o **Decreto nº 92.512, de 02 de abril de 1986** com suas alterações - Normas, Condições de Atendimento e Indenizações para a Assistência Médico-hospitalar aos Militares e seus Dependentes;
- d) o **Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018** - Dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União;
- e) a **Portaria Ministerial nº 305, de 24 de Maio de 1995** - Instruções Gerais para a Realização de Licitações e Contratos do Ministério do Exército (IG 12-02);
- f) a **Portaria Ministerial nº 1.742, de 18 de maio de 2022** - Instruções Gerais para o

Fundo de Saúde do Exército;

g) a **Portaria Ministerial nº 492, de 19 de maio de 2020** - Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes - SAMMED;

h) a **Portaria nº 141-DGP, de 10 de Julho de 2007** - Instruções Reguladoras para a Assistência aos Portadores de Necessidades Educativas Especiais (IR 30-53);

i) a **Portaria nº 048-DGP, de 28 de Fevereiro de 2008** - Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército - FuSEx (IR 30-38);

j) a **Portaria nº 422, de 19 de Junho de 2008** - Instruções Gerais da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (IG 30-18);

k) a **Portaria nº 117-DGP, de 19 de Maio de 2008** - Instruções Reguladoras da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro - PASS (IR 30-57);

l) a **Instrução Normativa nº 2, de 30 de Abril de 2008**, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: - dispõe sobre regras e diretrizes para a contratação de serviços, continuados ou não;

m) a **Portaria Normativa Interministerial nº 850 MDIMRE, de 12 de Junho de 2009** - Dispõe sobre prestação de assistência à saúde, pelo Hospital das Forças Armadas e pelas Organizações Militares de Saúde das Forças Armadas aos Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais e dá outras providências; e

n) a **Nota Informativa nº 001-DSau, de 13 de Outubro de 2011** - Orientações para a assistência médico-hospitalar a ser prestada aos ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes (SAMEx-Cmb).

o) **Instrução Normativa nº 3, de 26 de Abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão** – Estabelece regras do funcionamento do Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – Sicaf, no âmbito do Poder Executivo Federal.

p. **Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011**, do Ministério da Saúde - Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

q. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**, do Ministério da Saúde- Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas;

r. **RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006**, da ANVISA - Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

s. **Resolução CFM nº 1.668/2003**, Publicada no D.O.U. 03 Junho 2003, Seção I, pg. 84 - Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência;

t. **Portaria SAS nº 400, de 16 novembro de 2009**, do Ministério da Saúde- Estabelece as diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

u) **Instrução Normativa nº 3, de 26 de Abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão** – Estabelece regras do funcionamento do Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – Sicaf, no âmbito do Poder Executivo Federal.

v) **Decreto nº 11.878, DE 9 de janeiro de 2024** - Regulamenta o art. 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, para dispor sobre o procedimento auxiliar de credenciamento para a contratação de bens e serviços, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional

## 1. DO OBJETO

Constitui o objeto deste Edital o Credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais De Saúde Autônomos (PSA) Para Prestação De Serviços De Saúde **Médico-**

**Hospitalares e Ambulatoriais**, em caráter suplementar e complementar aos beneficiários do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes (SAMMED), do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx), do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Ex-Combatentes da Força Expedicionária Brasileira, Pensionistas de Ex-Combatente e seus Dependentes (SAMEx-Cmb), da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Cíveis do Exército Brasileiro (PASS) e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais), na Região Metropolitana do Recife (RMR).

## 2. DA APROVAÇÃO DA MINUTA

A minuta deste Edital e seus anexos foram aprovados pela Advocacia-Geral da União - AGU, através da Consultoria Jurídica da União, por meio do Parecer nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, da Advocacia-Geral da União; como prescrito pelo parágrafo único, do Art. 53, da Lei nº 14.133/2021.

## 3. DOS ANEXOS

Constituem parte integrante deste Edital os Anexos abaixo:

|                   |                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANEXO I</b>    | Projeto Básico                                                                                                                                                                                          |
| <b>ANEXO II</b>   | ANEXO II - Minuta do Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife. |
| <b>ANEXO III</b>  | ANEXO III - Minuta de Termo de Credenciamento de OCS – <b>Hospitais e Clínicas</b>                                                                                                                      |
| <b>ANEXO IV</b>   | ANEXO IV - Minuta de Termo de Credenciamento de OCS – <b>Clínicas de Reabilitação</b>                                                                                                                   |
| <b>ANEXO V</b>    | ANEXO V - Minuta de Termo de Credenciamento de OCS – <b>Serviços Laboratoriais</b>                                                                                                                      |
| <b>ANEXO VI</b>   | VI - Minuta de Termo de Credenciamento de OCS – <b>Outras OCS</b>                                                                                                                                       |
| <b>ANEXO VII</b>  | VII - Minuta de Termo de Credenciamento de OCS – <b>Assistência Técnica de Enfermagem Domiciliar</b>                                                                                                    |
| <b>ANEXO VIII</b> | ANEXO VIII - Minuta de <b>Termo de Credenciamento de PSA</b>                                                                                                                                            |
| <b>ANEXO IX</b>   | Modelo Requerimento para Credenciamento                                                                                                                                                                 |
| <b>ANEXO X</b>    | Modelo Ficha Cadastro                                                                                                                                                                                   |
| <b>ANEXO XI</b>   | Modelo Proposta de Serviços para o Credenciamento                                                                                                                                                       |
| <b>ANEXO XII</b>  | Modelo Declaração de Fatos Impeditivos                                                                                                                                                                  |
| <b>ANEXO XIII</b> | Modelo Declaração do Trabalho do Menor                                                                                                                                                                  |

|                   |                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANEXO XIV</b>  | Modelo Declaração de Ausência de Servidor no Quadro Funcional                                                                                                                                     |
| <b>ANEXO XIV</b>  | Modelo de Termo de Consentimento de Beneficiário                                                                                                                                                  |
| <b>ANEXO XVI</b>  | NEAD                                                                                                                                                                                              |
| <b>ANEXO XVII</b> | Procedimentos sujeitos a parecer de Comissão de Ética Médica e de serviço de auditoria médica de OMS e Procedimentos médico-hospitalares e odontológicos não cobertos (ZM2) nem financiados (ZM1) |

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

#### 4. DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS

4.1 Os serviços a serem prestados restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento por Organizações Cívicas De Saúde (OCS) e Profissionais De Saúde Autônomos (PSA), visando suprimir as limitações técnicas e humanas do H Mil A Recife, garantindo aos usuários dos sistemas em pauta, acesso a tratamento à saúde de maior qualidade, por meio de melhores recursos propedêuticos que incluam avanços tecnológicos e instalações hospitalares com capacidade de resolução de alta complexidade, como Centro de Tratamento Intensivo Adulto, Pediátrico e Neonatal; Centro de Tratamento Oncológico, entre outros.

4.2 Esses serviços compreendem:

|                                                                            |                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| <b>1) Internação hospitalar</b>                                            | - GERAL                    |  |
|                                                                            | - OBSTETRÍCIA              |  |
|                                                                            | - PEDIATRIA                |  |
| <b>2) Internação hospitalar em UTI</b>                                     | - GERAL                    |  |
|                                                                            | - NEONATAL                 |  |
|                                                                            | - PEDIATRIA                |  |
| <b>3) Pronto-socorro<br/>(atendimento de urgência e/ou emergência)</b>     | - GERAL                    |  |
|                                                                            | - OBSTETRÍCIA              |  |
|                                                                            | - PEDIATRIA                |  |
|                                                                            | - PSIQUIATRIA              |  |
| <b>4) Especialidades<br/>médicas para consultas<br/>e/ou procedimentos</b> |                            |  |
|                                                                            | - ALERGOLOGIA e IMUNOLOGIA |  |
|                                                                            | - ALGOLOGIA                |  |

|                                                                                                                                      |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| - ANESTESIOLOGIA                                                                                                                     |          |
| - ANGIOLOGIA                                                                                                                         |          |
| - ANATOMIA PATOLÓGICA<br>(Citologia, Histopatológico de Alta Complexidade, Imunohistoquímica, Exames intraoperatórios por congelção) |          |
| - ARRITMOLOGIA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                     |          |
| -CARDIOLOGIA<br>INTERVENCIONISTA                                                                                                     | CLÍNICA/ |
| -CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                      |          |
| - CIRURGIA CARDIOVASCULAR<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                          |          |
| - CIRURGIA GERAL<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                   |          |
| - CIRURGIA GINECOLÓGICA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                            |          |
| - CIRURGIA NEUROLÓGICA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                             |          |
| - CIRURGIA ONCOLÓGICA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                              |          |
| - CIRURGIA PEDIÁTRICA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                              |          |
| - CIRURGIA PLÁSTICA E/OU RESTAURADORA<br>NÃO ESTÉTICA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                              |          |
| - CIRURGIA TORÁCICA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                |          |
| - CIRURGIA UROLÓGICA<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                               |          |
| - CIRURGIA VASCULAR<br>(Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                |          |
| - CITOGENÉTICA                                                                                                                       |          |
| - CLÍNICA MÉDICA                                                                                                                     |          |
| - COLOPROCTOLOGIA                                                                                                                    |          |
| - DERMATOLOGIA                                                                                                                       |          |
| - ENDOSCOPIA DIGESTIVA<br>(Ambulatorial e de Urgência)                                                                               |          |
| - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA<br>(Pleuroscopia/Broncoscopia rígida e flexível)                                                           |          |
| - ENDOCRINOLOGIA / METABOLOGIA                                                                                                       |          |
| - FISIATRIA                                                                                                                          |          |

|  |                                                                                                                                                          |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | - GASTROENTEROLOGIA                                                                                                                                      |  |
|  | - GENÉTICA MÉDICA                                                                                                                                        |  |
|  | - GERIATRIA / GERONTOLOGIA                                                                                                                               |  |
|  | - GINECOLOGIA<br>(Ambulatorial e Preventivo)                                                                                                             |  |
|  | - HEMODINÂMICA                                                                                                                                           |  |
|  | - HEMATOLOGIA e HEMOTERAPIA                                                                                                                              |  |
|  | - HOMEOPATIA                                                                                                                                             |  |
|  | - HEPATOLOGIA                                                                                                                                            |  |
|  | - INFECTOLOGIA                                                                                                                                           |  |
|  | - MASTOLOGIA                                                                                                                                             |  |
|  | - MEDICINA INTENSIVA                                                                                                                                     |  |
|  | - MEDICINA NUCLEAR<br>(Realização de consultas, exames complementares e administração de radiofármacos para tratamento oncológico)                       |  |
|  | - NEFROLOGIA                                                                                                                                             |  |
|  | - NEUROLOGIA                                                                                                                                             |  |
|  | - NUTROLOGIA                                                                                                                                             |  |
|  | - OBSTETRÍCIA<br>(Pré-natal e Assistência ao parto)                                                                                                      |  |
|  | - OFTALMOLOGIA<br>Incluindo as Cirurgias Corretivas (cirurgias refrativas, catarata, antiglaucomatosas, tumores, plástica corretiva)                     |  |
|  | - ONCOLOGIA CLÍNICA/TERAPÊUTICA                                                                                                                          |  |
|  | - ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA                                                                                                                              |  |
|  | - OTORRINOLARINGOLOGIA<br>(Urgência, Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                       |  |
|  | - PEDIATRIA<br>(Incluindo subespecialidades)                                                                                                             |  |
|  | - PNEUMOLOGIA<br>(Ambulatorial e Exames Especializados)                                                                                                  |  |
|  | - PROCTOLOGIA                                                                                                                                            |  |
|  | - PSIQUIATRIA                                                                                                                                            |  |
|  | - RADIOLOGIA e DIAGNÓSTICO POR IMAGEM / RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA<br>(inclusive com serviço de imagem para exames executados nas dependências do HMAR) |  |

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- RADIOTERAPIA</li> <li>- REUMATOLOGIA</li> <li>- UROLOGIA</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>5) Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)</b><br>(Inclusive sob internação, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais, no que couber)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>6) Home Care</b>                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internação Domiciliar</li> <li>- Serviço de Assistência Técnica de Enfermagem Domiciliar.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>7) Procedimentos diversos</b>                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- CÁPSULA ENDOSCÓPICA E ENTEROSCÓPICA</li> <li>- CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ASSISTÊNCIA ROBÓTICA</li> <li>- ELETROENCEFALOGRAMA (ambulatorial e hospitalar, inclusive à Beira do Leito)</li> <li>- HoLEP</li> <li>- MANOMETRIA ANORRETAL</li> <li>- OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA</li> <li>- TESTE GENÉTICO</li> <li>- TELEMEDICINA</li> </ul>       |  |
| <b>8) Laboratório de Análises Clínicas</b> (incluindo exames laboratoriais de HEMATOLOGIA, BIOQUÍMICA, IMUNOLOGIA, HORMÔNIOS, MICROBIOLÓGICOS, URINÁLISES e PARASITOLÓGICO)                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>9) Nutrição</b><br>(Consulta e Acompanhamento)                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>10) Terapias</b><br>(Inclusive com Serviços a nível hospitalar executados nas dependências do HMAR para pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva - UTI e nas Unidades de Internamentos - UI) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BIOFEEDBACK</li> <li>- FISIOTERAPIA (Ambulatorial, e Hospitalar)</li> <li>- FONOAUDIOLOGIA (Ambulatorial, e Hospitalar)<br/>Reabilitação vestibular.</li> <li>- PSICOLOGIA ADULTO e INFANTIL (Ambulatorial e Hospitalar)</li> <li>- NEUROPSICOLOGIA</li> <li>- PSICOPEDAGOGIA</li> <li>- TERAPIA OCUPACIONAL (Ambulatorial, e Hospitalar)</li> </ul> |  |

|                                                    |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 11) <b>Odontologia</b><br>(Exames e Procedimentos) | - CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL<br>(para cirurgias de emergência)                         |
|                                                    | - ESTOMATOLOGIA (ambulatorial e hospitalar, para pacientes submetidos à Radioterapia) |
|                                                    | - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM ODONTOLÓGICOS                                  |

4.3 Para todos os serviços a serem prestados por **Pessoa Jurídica**, no que couber, conforme interesse do **Credenciante**, a execução dos mesmos poderá ocorrer **nas dependências do H Mil A Recife**, mediante tabelas contidas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde vigente.

## 5. DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS

5.1 Os valores dos serviços prestados serão remunerados conforme **Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife** constante no **ANEXO II** deste Edital.

5.2 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife.

5.3 Os serviços de saúde que não constem no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife poderão ser realizados, excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos BENEFICIÁRIOS do SAMMED/FuSEx/SAMEX-Cmb/PASS, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmnd 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados ao Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços credenciados.

## 6. DO REAJUSTAMENTO DE PREÇOS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

6.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto no art. 25, § 8º da Lei Nº 14.133/21, para **Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife** constante no ANEXO II, apresentado neste Edital e, após homologação do Escalão Superior, passa a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da data(s) de suas assinaturas.

6.2 Quaisquer reajuste de preços só terá validade para o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife, apresentado neste Edital, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado através de **Termo Aditivo** após aprovação pelo Escalão Superior.

## **7. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Os recursos financeiros previstos para os pagamentos dos serviços prestados decorrentes deste credenciamento serão os seguintes:

a) **Para OCS:** Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, do Programa de Trabalho do **SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS**, Natureza de Despesa **339039**.

b) **Para PSA:** Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, do Programa de Trabalho **SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS**, Natureza de Despesa **339036**.

## **8. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.**

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

8.1.1 O presente Edital vigorará por prazo indeterminado, a partir da sua publicação no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP.

8.1.2 Poderá haver o credenciamento de interessados enquanto aberto o prazo de credenciamento, desde que atendidos os demais requisitos deste Edital.

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

8.3 Não poderão participar deste credenciamento:

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

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

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

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

8.3.2 Pessoas jurídicas ou sociedades estrangeiras que não funcionem no país;

- 8.3.3 Pessoas jurídicas ou físicas impedidas de licitar e contratar com a União (art. 7º da Lei nº 10.520, de 2002 cumulado com o art. 28 do Decreto nº 5.450, de 2005 e art. 156, III da Lei nº 14.133, de 2021), suspensas temporariamente de participar de licitação ou impedidas de contratar com o Hospital Militar de Área de Recife – HMAR (art. 87, III, da Lei nº 8.666, de 1993) ou impedidas de licitar e contratar com a Administração Pública Federal (art. 156, III e §4º da Lei nº 14.133, de 2021);
- 8.3.4 Pessoas jurídicas ou físicas declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, se aplicada com base na Lei nº 8.666, de 1993, ou até que tenha expirado o prazo de sua aplicação, se aplicada com base na Lei nº 14.133, de 2021;
- 8.3.5 Pessoas jurídicas ou físicas proibidas de contratar com o Poder Público, nos termos do art. 72, § 8º, V, da Lei nº 9.605, de 1998;
- 8.3.6 Pessoas jurídicas em processo falimentar;
- 8.3.7 Pessoas jurídicas em dissolução ou em liquidação;
- 8.3.8 Pessoas físicas em processo de insolvência civil;
- 8.3.9 Pessoas jurídicas de que sejam proprietários, controladores ou diretores Deputados ou Senadores (art. 54, II, da Constituição Federal);
- 8.3.10 Pessoas jurídicas ou físicas proibidas de contratar com o Poder Público, nos termos do art. 12 da Lei nº 8.429/1992 (Lei de Improbidade Administrativa);
- 8.3.11 Quaisquer interessados que se enquadrarem nas vedações previstas nos §§1º e 2º do art. 9º da Lei nº 14.133, de 2021;
- 8.3.12 Mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou da entidade credenciante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, e dos que exerçam funções de Ordenador de Despesas, gestor do FuSEx/PASS, bem como do Comandante desta 4ª Região Militar ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.
- 8.3.13 Sociedades que tenham em seu quadro societários quaisquer das pessoas indicadas nos subitens anteriores.
- 8.3.13.1 Neste caso a restrição poderá ser afastada caso comprovada, no caso concreto, a ausência de ofensa aos princípios da isonomia, da impessoalidade e da moralidade.
- 8.4 A documentação deverá ser anexada ao sistema próprio do Compras.gov.br, após cadastramento no SICAF – Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores, previsto na Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 3, de 26 de abril de 2018.

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

- 8.5.1 Estar contida em papel timbrado da pessoa jurídica ou que a identifiquem, sem emendas e sem rasuras, de maneira completa, expressa e inteligível;
- 8.5.2 Declarar concordância com as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos;
- 8.5.3 Constar dias e horários de atendimento;
- 8.5.4 Conter a relação de serviços;
- 8.5.5 Indicar o nome do Banco, o número da Agência e da Conta Corrente para creditar os pagamentos; e
- 8.5.6 Ser datada e assinada pelo representante legal, podendo o ser por meio eletrônico.

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

- 8.6.1 Estar contida em papel timbrado que o identifique, sem emendas e sem rasuras, de maneira completa, expressa e inteligível;
- 8.6.2 Declarar concordância com as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos;
- 8.6.3 Constar dias e horários de atendimento;
- 8.6.4 Conter a relação de serviços;
- 8.6.5 Conter a relação de equipamentos técnicos;
- 8.6.6 Indicar o nome do Banco, o número da Agência e da Conta Corrente para creditar os pagamentos; e,
- 8.6.7 Ser datado e assinado por si ou por seu representante, podendo o ser por meio eletrônico;
- 8.6.8 O odontólogo somente poderá ser credenciado para 2 (duas) especialidades, nos termos do art. 7º, “c”, da Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966.

8.7 A “**Carta Proposta**” e o “**Requerimento para Credenciamento**” terão validade de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega, o qual admitirá prorrogação;

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

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

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

9.1 A Comissão ou Agente de Contratação consultará o Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores - SICAF, em relação à habilitação jurídica, à regularidade fiscal e trabalhista, à qualificação econômica financeira e à habilitação técnica, conforme disposto nos arts. 6º e 10 a 16 da Instrução Normativa SEGES/MP nº 3, de 2018, respeitada a documentação complementar prevista no item 4.6 desta Seção.

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

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

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

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

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

### **9.4.1 Organização Civil de Saúde (OCS):**

9.4.1.1 **Requerimento** para Credenciamento (**ANEXO IX**);

9.4.1.2 **Ficha Cadastro** (**ANEXO X**);

9.4.1.3 **Proposta de Serviços** para o Credenciamento (**ANEXO XI**), datada e assinada pelo representante legal.

9.4.1.4 **Declaração** de que a empresa encontra-se desimpedida de participar da Licitação, obrigando-se, ainda a declarar, sob as penalidades cabíveis, a inexistência de fato superveniente impeditivo da habilitação (**ANEXO XII**);

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

9.5.1.1 **Declaração** da empresa de que não possui em seu quadro funcional qualquer servidor, civil ou militar (da ativa, reconvocados ou prestadores de tarefa por tempo certo), conforme Art. 14, IV, da Lei nº 14.133/21 (**ANEXO XIV**).

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

9.5.1.3 Registro Público de Empresas Mercantis, no caso de empresário individual;

9.5.1.4 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com sua última alteração,

devidamente registrado e, no caso de sociedades empresárias, acompanhado de documento de eleição de seus administradores ou, se for o caso, procurações que outorguem poderes para terceiros;

9.5.1.5 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;

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

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

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

9.5.1.8.1 Ata de fundação;

9.5.1.8.2 Estatuto Social com a Ata da Assembleia que o aprovou;

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

9.5.1.8.4 Editais de convocação das três últimas Assembleias Gerais extraordinárias; e,

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

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

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

## **9.5.2 Profissional de Saúde Autônomo (PSA):**

9.5.2.1 Carteira de Identidade; e,

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

## **9.6 Regularidade Fiscal e Trabalhista:**

### **9.6.1 Organização Civil de Saúde (OCS):**

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

9.6.1.2 Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e

pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados (Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 02 de outubro de 2014 e alteração);

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

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

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

9.6.1.6 Em caso de **cooperativas**, conforme o item 10.5, letra ‘b’, do Anexo VII-A, da IN SLTI/MPOG nº 05/2017:

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

## **9.6.2 Profissional de Saúde Autônomo (PSA):**

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

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

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

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

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

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

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

## **9.7 Qualificação técnica:**

### **9.7.1 Organização Civil de Saúde (OCS):**

9.7.1.1 Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;

9.7.1.2 Documentação do responsável técnico da OCS:

4.6.1.2.1 RG e CPF;

4.6.1.2.2 Certificado de especialidade;

4.6.1.2.3 Registro no Conselho de Classe.

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

4.6.1.3.1 Nome completo;

4.6.1.3.2 Especialidade clínica;

4.6.1.3.3 Número no registro de classe.

9.7.1.4 Alvará de localização e funcionamento válido;

9.7.1.5 Alvará de autorização sanitária válido;

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

9.7.1.6.1 Situação: Alvará de autorização sanitária vencido;

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

9.7.1.6.2 Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias);

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

9.7.1.6.3 Situação: requerimento superveniente a instituição da empresa;

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

9.7.1.6.4 Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial;

4.6.1.6.4.1. Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.

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

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

**9.7.1.8 Parecer técnico favorável da Comissão de Avaliação de Instalações de OCS/PSA(CAI-OCS/PSA)** do H Mil A Recife, após a visita de inspeção prévia às instalações do proponente pelo credenciamento, da qual será lavrado um Termo de Visita que deverá ser assinado pelo proponente ao credenciamento quando da inspeção.

#### **9.7.2 Profissional de Saúde Autônomo (PSA):**

9.7.2.1 Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;

9.7.2.2 A comprovação da Especialidade será feita mediante a apresentação de título de especialidade registrado no respectivo Conselho Regional;

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

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

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

9.7.2.5.1 Situação: Alvará de autorização sanitária vencido;

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

9.7.2.5.2 Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias);

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

9.7.2.5.3 Situação: requerimento superveniente à instituição da empresa;

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

9.7.2.5.4 Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial;

9.7.2.5.4.1 Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.

9.8 Os Profissionais de Saúde Autônomos serão credenciados nas respectivas especialidades comprovadas.

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

9.9.1 SICAF;

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

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

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

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

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

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

9.12 **Parecer técnico favorável da Comissão de Avaliação de Instalações de OCS/PSA (CAI-OCS/PSA)** do H Mil A Recife, após a visita de inspeção prévia às instalações do proponente pelo credenciamento, da qual será lavrado um Termo de Visita que deverá ser assinado pelo proponente ao credenciamento quando da inspeção.

**9.13 Prescrições diversas em relação aos documentos a serem apresentados pelas OCS:**

9.13.1 No caso de alguma OCS ser isenta da inscrição em determinado órgão ou da apresentação de algum dos documentos exigidos, deverá ser apresentada declaração escrita emitida pelo Contador ou Gestor da entidade, afirmando os motivos e fundamentação legal de tal imunidade;

9.13.2 Os documentos confeccionados pela interessada deverão estar **legíveis, sem rasuras, datados e assinados pelo representante legal**. As folhas devem conter o timbre da instituição ou seus dados básicos no corpo do documento;

9.13.3 Toda a documentação deve ser apresentada **na ordem deste edital**;

9.13.4 Toda documentação deve **estar legível**.

9.14 Prazo para análise da documentação para habilitação: 15 (quinze) dias

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

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

10.2 Os habilitados serão convocados no prazo máximo de 15, contados da data de apresentação das Cartas-Proposta ou dos Requerimentos para Credenciamento, para assinarem os respectivos contratos, em obediência às prescrições do art. 90 da Lei nº 14.133, de 2021, podendo ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte, durante seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado aceito pela Administração Pública Federal.

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

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

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

10.6 Prazo para assinatura do instrumento contratual após a convocação pela administração: 10 (dez) dias.

## **11. DO REGIME DE EXECUÇÃO.**

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

11.2 Os beneficiários do FuSEx e seus dependentes diretos deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento e serão identificados da seguinte forma:

11.2.1 Os beneficiários do FuSEx e seus dependentes deverão apresentar o cartão de beneficiário juntamente com a carteira de identidade;

11.2.2 Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário do FuSEx, fornecida pela UV,

acompanhada da carteira de identidade militar ou, caso não possua, outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique).

11.3 Os beneficiários, quando servidores civis do Exército Brasileiro e/ou seus dependentes diretos, deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento, e deverão apresentar o cartão de beneficiário juntamente com a carteira de identidade;

11.3.1 Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário da PASS, fornecida pela UV, acompanhada da carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique);

11.4 Os usuários do Fator de Custos deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento, e deverão apresentar a identidade militar ou a carteira de identidade;

11.4.1 Os dependentes diretos deverão apresentar, no ato do atendimento, carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (certidão de nascimento ou outro documento que o identifique);

11.5 Nos casos de emergência ou de comprovada urgência, o atendimento será imediato, sem necessidade de apresentação de Guia de Encaminhamento, mediante a identificação do beneficiário socorrido, na forma expressa nos subitens 11.2, 11.3 e 11.4 do Edital. Entretanto, o referido beneficiário ou o seu responsável deverá comunicar à Credenciante a internação e as causas da urgência/emergência, no prazo de 2 (dois) dias úteis. Caso o prazo ultrapasse os 2 (dois) dias úteis, os gastos contraídos pelo beneficiário serão inteiramente de responsabilidade deste e devem ser acertados diretamente com a Credenciada, sem nenhum ônus ao FuSEx/SAMMED/PASS;

11.5.1 O FuSEx/SAMMED/PASS não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência; tenham sido cumpridas as providências acima previstas;

11.5.2 O atendimento no caso de emergência ou comprovada urgência será coberto por guia de encaminhamento única, emitida pessoalmente ao Serviço de Pronto-Socorro, que abarque o atendimento que fora dispensado ao beneficiário, ainda que tal atendimento envolva equipe multidisciplinar.

11.6 Qualquer material, equipamento, dieta e outro produto nutricional ou medicamento utilizado por parte do Credenciado no atendimento ao paciente, inclusive sangue e seus componentes, será providenciado, cobertos estes custos por conta do mesmo, com observância das regras postas neste Edital, em seus anexos e no contrato.

11.6.1 O justo valor do uso desses materiais e afins será incluído, mediante apresentação de nota fiscal, ao final do tratamento, na conta do paciente, e submetido à Seção de Auditoria de Contas Médicas do Credenciante.

11.6.2 O Credenciante poderá fornecer medicamentos, materiais de penso, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais (reutilizáveis), dietas e outros produtos nutricionais e materiais de alto custo e outros que julgar necessários para a execução do contrato, respeitado o protocolo de tratamento do Credenciado.

11.7 Nos contratos cujo objeto refere-se aos tratamentos de fonoaudiologia, de fisioterapia e de terapia ocupacional devem-se respeitar as 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.

11.8 Nos contratos cuja especialidade seja psicoterapia, limitam-se a 2 (duas) sessões em um período de 30 (trinta) dias, podendo, em casos excepcionais, ser autorizada a realização de 4 (quatro) sessões no mesmo período, mediante justificativa formalizada do profissional prestador do serviço, desde que homologada por médico militar, 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.

11.9 Nos contratos a que se referem os subitens 11.7 e 11.8 ficam fixados em 50 (cinquenta) minutos o tempo de duração de cada sessão, conforme estabelece o art. 38 da Portaria nº DGP-48/2008.

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

11.11 Os procedimentos sujeitos a parecer de Comissão Ética Médica e de Serviço de Auditoria Médica de OMS, bem como os procedimentos médico-hospitalares e odontológicos não cobertos (ZM2) nem financiados (ZM1), foram enumerados no Anexo XVII, deste edital.

11.12 O Credenciado deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias para os casos de RETORNO DE CONSULTAS ambulatoriais.

11.13 A execução e controle dos serviços contratados serão avaliados pela Credenciante, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

7.14.1 Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas a cada 15 (quinze) dias. Nesses casos, deve ser emitida nova Guia de Encaminhamento, com as devidas comprovações para a necessidade de prorrogação de internações.

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

11.15 A escolha do prestador do serviço de saúde é feita pelos beneficiários dos sistemas de saúde das Forças Armadas (servidor público ou dependentes).

## **12. DO CREDENCIAMENTO**

12.1 O Hospital Militar de Área de Recife poderá, até a assinatura do credenciamento, inabilitar a entidade credenciada por despacho fundamentado, se tiver informação abalizada de

qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior à fase de habilitação, que desabone a qualificação técnica, jurídica, econômico- financeira, ou regularidade fiscal do proponente ou prestador de serviço credenciado ou a credenciar.

12.2 A Minuta de Termo de Credenciamento apresentada nos **ANEXOS III, IV, V, VI, VII e VIII** contém todas as condições necessárias para prestação dos serviços que serão credenciados, e serão utilizadas como modelo básico para a formalização dos referidos termos, adequando-se a cada **Credenciado**.

12.3 O Hospital Militar de Área de Recife não se obriga a credenciar especialidades e serviços ofertados pelo proponente, reservando-se ao direito de credenciar serviços necessários à demanda, visando disponibilizar aos BENEFICIARIOS do SAMED/FuSEx/SAMEx-Cmb e PASS mais de uma opção de prestador de serviços de saúde.

12.4 O Hospital Militar de Área de Recife reserva-se ao direito de encaminhar os serviços conforme sua conveniência e necessidade, **não havendo em hipótese alguma obrigação de formação de cotas de procedimentos e serviços**, ficando reconhecida a inexistência de exclusividade de credenciado.

12.5 **O prazo de vigência dos Termos de Credenciamentos oriundos deste processo serão contados da data de assinatura do Termo de Credenciamento**, podendo ser prorrogado em face da conveniência da Administração, ou suspenso, rescindido a qualquer tempo, por motivo de interesse público, devidamente justificado.

**SUBCLÁUSULA ÚNICA** - Visando a padronização de procedimentos de credenciamento, o Chefe do Estado-Maior da 7ª RM, através do DIEx nº 23-FuSEx/ Ch EM/7 RM - CIRCULAR, de 12 de janeiro de 2014, determinou que "**o Contrato de Credenciamento ou Termo de Credenciamento pode ser firmado em qualquer época do ano, devendo a vigência do mesmo terminar em 31 de dezembro do ano considerado e, se for o caso, prorrogado por Termo Aditivo com vigência de 1º de janeiro à 31 de dezembro do ano seguinte.**"

### 13. VALORES DOS CREDENCIAMENTOS

Por tratar-se de prestação de serviços contínuos de forma suplementar e/ou complementar, e sem possibilidade de fixação de demanda, será estabelecido um **valor estimativo para cada credenciamento**, determinado com base em valores de encaminhamentos realizados no ano de 2024 pelo H Mil A Recife através do Sistema de Registro de Encaminhamentos (SIRE), com prestadores de serviços de mesma área de atuação, conforme o item 9 do Projeto Básico (**ANEXO I**).

### 14. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

#### 14.1 Da apresentação das faturas

14.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo **Credenciado** em 01 (uma) via, em nome do **Hospital Militar de Área de Recife**, com maior brevidade possível.

14.1.2 As **faturas ambulatoriais** deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) originais na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica e documento que comprove a realização do serviço.

14.1.3 Para as **faturas de internamentos hospitalares e atendimentos em Pronto Atendimento**, o prontuário médico com o devido consumo faturado ficará disponível para a auditoria *in loco*, sendo apresentado ao **Credenciante** a relação dos **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços realizados, com as Guias de Encaminhamento (GE), acompanhadas de documentação comprobatória de realização do procedimento cirúrgico e/ou internação. No caso de material de alto custo, ou medicamentos, materiais descartáveis e materiais

especiais, deverá constar junto à documentação o código de barra do OPME utilizado.

**14.1.4** A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; nº do código de beneficiário; nº do Prec-CP; nº da PASS), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em reais por item discriminado) e valor total da fatura.

**14.1.5** Será **obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro. Em períodos regulados pelo Credenciante, as prorrogações das internações deverão ser feitas por meio de emissão de nova Guia de Encaminhamento.

**14.1.6** Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de **beneficiário** (ISENTOS, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS e aguardando Prec-CP) e outros conforme orientado pelo **Credenciante**.

**14.1.7** A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer **em horários regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externas do H Mil A Recife.

**14.1.8** A fatura deverá ser entregue ao **Credenciante** em até **90 (noventa) dias ininterruptos a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE. Caso o paciente apresente a guia ao Credenciado após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias da sua emissão, esse deverá providenciar a revalidação da mesma junto ao FuSEx.**

## **14.2 Da lisura e glosas**

**14.2.1** As faturas apresentadas pelo **Credenciado** referente aos serviços prestados aos beneficiários do **Credenciante** serão submetidas à lisura pré-pagamento.

**14.2.2** É reservado ao **Credenciante**, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

**14.2.3** O **Credenciante** terá prazo de **30 (trinta) dias corridos** para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

**14.2.4** O **Credenciado** será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa. Uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o **Credenciado** terá o máximo **de 10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

**14.2.5** O **Credenciado**, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao **Credenciante**.

**14.2.6** No caso do **Credenciado**, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo **Credenciante**, não cabendo ao **Credenciado** recurso posterior.

**14.2.7** Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

**14.2.8** Fica **expressamente proibida** ao **Credenciado** a cobrança dos valores glosados diretamente do **beneficiário**.

**14.2.9** Para efeito deste credenciamento, **os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo.**

## **14.3 Dos motivos de glosa**

**14.3.1** Serão motivos de glosa por parte do **Credenciante**:

- a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória. **Salvo guia remetida com assinatura digital;**
- b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;
- c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;
- d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;
- e) A falta de data de atendimento na fatura;
- f) A falta de data ou assinatura do **beneficiário** no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);
- g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);
- h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;
- i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;
- j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;
- k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;
- l) A falta de especificação na fatura apresentada dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;
- m) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e
- n) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

**14.3.2 O Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento, anexadas às faturas, com data **superior a 90 (noventa) dias de sua emissão ou de 60 (sessenta) dias após a execução dos serviços.**

#### **14.4 Do pagamento**

**14.4.1 O Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a liquidação, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço**, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior.

**14.4.2** A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço prestado e se dará conforme disposto no Art 36 § 4º da Instrução Normativa Nº 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$EM = I \times N \times VP$ , onde:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

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

VP = Valor da parcela em atraso

**14.4.3** Sobre o valor devido ao **Contratado**, a Administração reterá o **Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)**, a **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)**, a **Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** e a **Contribuição para o**

**PIS/PASEP**, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 1234, de 11 de janeiro de 2012, além do valor correspondente ao **Imposto Sobre Serviços (ISS)**.

**14.4.4 O Credenciado** apresentará Nota Fiscal, em **até 5 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

**14.4.5** O pagamento da despesa pelo **Credenciante** se dará através de crédito bancário na conta da empresa, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

**14.4.6** Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta e emissão das referidas certidões ou SICAF.

**14.4.7** No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual**), CADIN (Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal), CEIS (Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas), CNJ de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do **Tribunal de Contas da União**) ou, na falta de atualização do cadastro do **Credenciado** no SICAF, será realizado os seguintes procedimentos, conforme orientação do Escalão Superior:

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável **até atingir o limite de 60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a cláusula de instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

**14.4.8** Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem as seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

**14.4.9** É vedado ao Credenciado cobrar diretamente do beneficiário do FuSEx/SAMMED/PASS qualquer importância a título de taxas, honorários ou serviços prestados, inclusive depósitos prévios, além dos constantes das Tabelas acima pactuadas, salvo o direito do beneficiário do FuSEx/SAMMED/PASS de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si ou para seus dependentes, quando internados em OCS.

**14.4.10** Neste caso, a diferença de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção será paga, integralmente, pelo titular junto ao prestador;

**14.4.11** Ao fazer esta opção, o beneficiário deverá assinar, em conjunto com o responsável pela OCS, o Termo de Ajuste Prévio – anexo aos termos de contrato -, tanto referente à melhoria do padrão de acomodação, quanto com o médico assistente ou odontólogo, que também assinará o termo.

14.4.12 As partes concordam que, na hipótese de o HMAR efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado efetivamente pelos serviços prestados, motivada por erro próprio ou da **contratada**, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à da comprovação do ocorrido.

14.4.13 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente a qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de questões administrativas que possam causar transtornos. A não observância deste item poderá resultar na aplicação das sanções previstas no credenciamento garantidos o contraditório e a ampla defesa.

## 15. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CREDENCIADO

São obrigações e responsabilidades do **Credenciado**.

a) Desenvolver, fornecer e dimensionar a infraestrutura necessária ao bom atendimento e satisfação dos usuários, dentro das normas estabelecidas pelo **Credenciante**;

b) Proceder à verificação rigorosa da identificação dos usuários. Qualquer despesa decorrente de negligência ou má-fé na averiguação das credenciais do usuário será de responsabilidade exclusiva do **Credenciado**;

c) Arcar com as despesas decorrentes de serviços de terceiros que lhe sejam particularmente prestados, tais como pessoal, recepção, limpeza, entre outros;

d) Permitir ao **Credenciante** avaliar o atendimento e os serviços prestados aos **beneficiários** por intermédio de auditorias específicas, realizadas por profissionais do quadro do **Credenciante**, que se reserva o direito de recusar ou sustar os serviços, quando não atenderem ao estipulado em portarias normativas;

e) Obedecer aos critérios exigidos, quando das auditorias e perícias, nas fiscalizações dos serviços credenciados e das pessoas a eles vinculados, bem como aos princípios estabelecidos no Código de Ética da Categoria;

f) Prestar ao **Credenciante** esclarecimento relativo à ocorrência na execução do credenciamento;

g) Desenvolver diretamente os serviços credenciados, não sendo permitida a subcontratação dos serviços que se relacionem especificamente ao objeto do credenciamento, sob pena de rescisão contratual imediata;

h) Comunicar ao **Credenciante**, por escrito, mudanças de endereço, de dias e horários de atendimento aos segurados, corpo, exames e serviços prestados, com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias**;

i) **Manter**, durante todo o período de vigência do credenciamento, as obrigações, condições de habilitação e qualificação exigidas por ocasião do seu credenciamento, particularmente no que tange à **regularidade fiscal e à capacidade técnica e operativa**;

j) No caso de ocorrer rescisão contratual, independente da parte que deu causa ao rompimento, a conduta profissional, perante o paciente em tratamento será pautada pelos princípios do Código de Ética da categoria;

k) Aceitar e acatar os atos normativos ou regulamentos emitidos pela Direção do **Credenciante** e Ministério da Defesa, atendendo às suas normas e diretrizes;

l) O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do credenciamento, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado;

m) Os médicos e outros profissionais do **Credenciado**, quando solicitarem procedimentos ou exames, a serem autorizados pelo **Credenciante**, obrigatoriamente deverão incluir no formulário de solicitação ou de prescrição o código do serviço de acordo com as tabelas constantes no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife - H Mil A Recife (ANEXO II);

n) A responsabilidade técnica pelos profissionais prepostos do **Credenciado** e qualquer falta neste sentido será motivo para rescisão contratual;

o) A responsabilidade civil pelos erros profissionais ou falhas no atendimento, que possam comprometer a saúde do paciente ou gerar danos morais ou materiais, será suportada exclusivamente pelo **Credenciado**, que será chamado à Justiça para responder e deverá arcar com os honorários advocatícios fixados para defesa do **Credenciante**, quando for o caso;

p) Assumir a responsabilidade por todos os encargos previdenciários, obrigações sociais e trabalhistas em vigor, obrigando-se a saldá-los na época, vez que os seus empregados **não manterão nenhum vínculo empregatício com o Hospital Militar de Área De Recife** ou o **Exército Brasileiro**;

q) **Assumir** a responsabilidade por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes do trabalho, quando, em ocorrência da espécie, forem vítima os seus empregados no desempenho dos serviços ou em conexão com eles, ainda que acontecido em dependência sob jurisdição do **Hospital Militar de Área de Recife**;

r) Assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, cível ou penal, relacionados a este credenciamento;

s) Assumir a responsabilidade pelos encargos fiscais, trabalhistas e comerciais resultantes da adjudicação deste credenciamento; e

t) A inadimplência do **Credenciado**, com referência aos encargos estabelecidos na condição anterior, não transfere a responsabilidade por seu pagamento à Administração do **Hospital Militar de Área de Recife**, nem poderá onerar o objeto deste credenciamento, razão pela qual o **Credenciado** renuncia expressamente a qualquer vínculo de solidariedade, ativa ou passiva, com o **Hospital Militar de Área de Recife** ou o **Exército Brasileiro**.

## **16. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE**

### **16.1 São obrigações do Credenciante:**

a) Fornecer materiais informativos e comunicados, referentes às determinações administrativas que visem o gerenciamento do credenciamento;

b) Dirimir as dúvidas do **Credenciado** sobre o objeto da contratação, no tocante às divergências ou inovações na política administrativa e assistencial do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS, notificando-o por escrito a respeito de irregularidades detectadas na execução dos serviços;

c) Realizar auditorias e perícias nos procedimentos, obedecendo aos princípios estabelecidos no Código de Ética da categoria; e

d) Repassar aos usuários as informações recebidas do **Credenciado** referentes aos dias, horários e endereços de atendimento.

### **16.2 Do Sistema de Rodízio – prestação de serviço por Credenciados nas dependências do H Mil A Recife:**

16.2.1 Havendo mais de um Credenciado, a prestação dos serviços ocorrerá em sistema de rodízio, **com permanência de 07 (sete) dias e com limite máximo de 03 (três) Credenciadas por vez.**

16.2.2 O rodízio iniciará pela ordem cronológica de credenciamento, sendo o primeiro credenciado o primeiro a prestar os serviços e assim sucessivamente.

16.2.3 Havendo mais de um credenciado na mesma data, será realizado sorteio entre eles para estabelecer a ordem dentro do sistema de rodízio.

16.2.4 Os novos credenciados passarão a integrar o sistema de rodízio como últimos da lista de espera, ainda que os demais credenciados já tenham prestado serviço em

determinado momento.

## DAS SANÇÕES

14.1 O Credenciado será responsabilizado administrativamente nas seguintes hipóteses:

14.1.1 dar causa à inexecução parcial do contrato;

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

14.1.3 dar causa à inexecução total do contrato;

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

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

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

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

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

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

14.2 Pelo atraso injustificado na execução das obrigações decorrentes do contrato, o Credenciado estará sujeito às seguintes multas:

14.2.1 Multa, prevista no art. 156, II da Lei nº 14.133, de 2021, será calculada no percentual de 1% (um por cento) **sobre o valor do serviço em mora**, por dia de atraso até o limite de 30 (trinta) dias;

14.2.2 Multa, prevista no art. 156, II da Lei nº 14.133, de 2021, será calculada no percentual de 10% (dez por cento) **sobre o valor do serviço em mora**, incidente a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, nas hipóteses de atraso por período superior ao previsto no item acima, limitado em até 60 (sessenta) dias;

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

14.3 O descumprimento das obrigações contratuais, inclusive sua inexecução, total ou parcial,

e/ou das condições previstas neste Edital sujeitará o Credenciado, na forma do disposto no art. 156, da Lei nº 14.133, de 2021, às seguintes penalidades:

14.3.1. Advertência;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.7 As sanções previstas nos subitens 14.3.1, 14.3.3 e 14.3.4 poderão ser aplicadas juntamente com a do subitem 14.3.2, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo legal.

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

14.9 As demais sanções são de competência exclusiva do Hospital Militar de Área de Recife - HMAR.

## 15. DA RESCISÃO

15.1 Um novo Termo de Credenciamento rescinde qualquer outro vigente, sem qualquer ônus para o **Credenciante** ou direito do **Credenciado**, além daqueles correspondentes aos serviços efetivamente prestados, até a data da rescisão contratual, desde que não prejudique a saúde dos **beneficiários**.

15.2 O **Credenciante** poderá, sem ser verificado o descumprimento de normas

estabelecidas no Termo de Credenciamento, interromper temporariamente a sua execução até decisão exarada em processo administrativo sumário próprio que, observado o contraditório e a ampla defesa, comprovada a culpa ou dolo, decidirá pelo descredenciamento.

15.3 O credenciamento poderá ser rescindido de pleno direito, nos seguintes casos:

a) Se o **Credenciado** falir ou transferir para terceiros no todo ou em parte seus encargos, sem prévia aceitação, por escrito, do **Credenciante**;

b) Caso a contratada possua administrador ou sócio com poder de direção, familiar de detentor de cargo em comissão ou função de confiança que atue na área responsável pela demanda ou contratação ou de autoridade a ele hierarquicamente superior no âmbito do órgão contratante (art. 3º, §3º do Decreto nº 7.203, de 04 de junho de 2010).

c) No interesse da Administração, mediante comunicação escrita, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que disso resulte qualquer ônus para o **Credenciante** ou direitos para o **Credenciado**, além daqueles correspondentes aos serviços efetivamente prestados até a data da rescisão;

d) Liquidação amigável ou judicial do **Credenciado**;

e) Superveniência de norma legal ou ato de autoridade competente, que torne inviável ou inexequível o prosseguimento da prestação dos serviços;

f) Ocorrência de quaisquer das situações na Lei Nº 14.133/21, e em especial aqueles arrolados no Art. 137; e

g) No interesse exclusivo do **Credenciado**, a qualquer tempo, mediante comunicação escrita com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que disso resulte qualquer ônus para **Credenciante**.

**Parágrafo Primeiro** - Até a data prevista para término dos serviços, serão mantidos os atendimentos aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb ou PASS, bem como os pagamentos do **Credenciado**, nos termos deste credenciamento.

**Parágrafo Segundo** - O **Credenciado** disponibilizará os dados clínicos relativos aos tratamentos realizados, desde que autorizados pelos pacientes e acompanhará o encaminhamento a outros profissionais indicados.

15.4 Deverão ser concluídos os tratamentos em curso pela entidade descredenciada, salvo nos casos de expressa manifestação técnica ou administrativa do **Credenciante**.

15.5 O descredenciamento não eximirá a entidade das garantias assumidas em relação aos serviços executados e de outras responsabilidades que legalmente lhe possam ser imputadas.

## **16. DOS RECURSOS.**

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

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

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

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

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

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

17.3 Caberá à Comissão Especial de Licitação julgar e responder à impugnação em até 3 (três) dias úteis.

## **18 DA REVOGAÇÃO**

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

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

## **19 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.**

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

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

19.2.1 Identificação do usuário no setor de admissão do Credenciado onde estiver sendo assistido;

19.2.2 Análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;

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

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

19.2.5 Preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e,

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

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

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

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

- 19.6 Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no Hospital Militar de Área de Recife - HMAR.
- 19.7 Em caso de revogação deste Edital, extinção, resolução ou rescisão do Contrato, havendo internação, o contrato continuará vigente até que o paciente tenha alta médica ou seja possível a transferência para outra OCS.
- 17.7.1 Havendo contrato com outra OCS, ligado a novo Edital de credenciamento, que pratique o mesmo objeto, o paciente deverá ser transferido, desde que tecnicamente possível.
- 17.7.2 Se a OCS, na qual o paciente está internado, firmar novo contrato conectado a novo credenciamento, este passará a regular a internação.
- 19.8 Os casos omissos serão resolvidos, pelo Comandante da 4ª Região Militar, com base nas disposições constantes da Lei nº 14.133, de 2021 e no Decreto nº 11.878, de 2024 e nas demais Leis, Decretos, Portarias e Instruções Normativas a que este instrumento de convocação se encontra subordinado.
- 19.9 As dúvidas referentes ao Edital poderão ser formuladas ao Hospital Militar de Área de Recife - HMAR e encaminhadas para endereço eletrônico [comercial.fusex@gmail.com](mailto:comercial.fusex@gmail.com).
- 19.10 A minuta do presente Edital foi elaborada pela Advocacia-Geral da União, conforme despacho de aprovação no NUP nº \_\_\_\_\_.

## 23. DO FORO

O Foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o da Seção Judiciária de Pernambuco - Justiça Federal, com exclusão de qualquer outro.

Recife, 06 de dezembro de 2024

Documento assinado digitalmente  
 ANDREA GUIMARAES GURGEL  
Data: 10/12/2024 15:39:57-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

ANDRÉAGUIMARÃES GURGEL - Cel Med QEMA  
**Diretora do Hospital Militar de Área de Recife**

# Termo de Referência 100/2024

## Informações Básicas

| Número do artefato | UASG                                      | Editado por                       | Atualizado em            |
|--------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 100/2024           | 160199-HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE | THAYS CAMILLA RAMOS DO NASCIMENTO | 01/11/2024 09:23 (v 3.0) |
| Status             | ASSINADO                                  |                                   |                          |

## Outras informações

| Categoria                                                                                                                              | Número da Contratação | Processo Administrativo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| V - prestação de serviços, inclusive os técnico-profissionais especializados/Serviço continuado sem dedicação exclusiva de mão de obra |                       | 64583.011276 /2023-97   |

## 1. Condições gerais da contratação

### TERMO DE REFERÊNCIA

Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021

### SERVIÇOS SEM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA DE MÃO DE OBRA

(Processo Administrativo nº 64583.011276/2023-97)

## Definição do objeto

### 1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1 Credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), regularmente habilitados para a prestação dos serviços de saúde em virtude do constante aumento do universo de usuários do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes (SAMMED), do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx), do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Ex-Combatentes da Força Expedicionária Brasileira, Pensionistas de Ex-Combatente e seus Dependentes (SAMEx-Cmb), da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (PASS) e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) a serem assistidos pelo HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE (H Mil A Recife); dos serviços prestados pelo referido Hospital serem insuficientes para atender à crescente demanda desses usuários e, pelo número de profissionais de saúde não ser suficiente para atender tal demanda.

| ITEM | DESCRIÇÃO<br>/ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Und<br>Med | Estimativa<br>Anual de<br>serviços de<br>saúde<br>(máximo) | Valor<br>Mensal<br>Estimado | Valor<br>Global<br>Estimado |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1    | <p>Credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais De Saúde Autônomos (PSA) Para Prestação De Serviços De Saúde Médico-Hospitalares e Ambulatoriais, em caráter suplementar e complementar aos beneficiários do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes (SAMMED), do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx), do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Ex-Combatentes da Força Expedicionária Brasileira, Pensionistas de Ex-Combatente e seus Dependentes (SAMEx-Cmb), da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Cíveis do Exército Brasileiro (PASS) e, eventualmente, de militares das</p> <p>Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais), na Região Metropolitana do Recife (RMR)</p> | Und        | 39.252                                                     | R\$<br>4.679.672,19         | R\$<br>56.156.066,28        |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

1.2 O serviço objeto desta contratação é caracterizado como comum, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar.

1.3 O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, prorrogável por até 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

1.3.1 O serviço é enquadrado como continuado sem dedicação exclusiva de mão-de-obra, tendo em vista se tratar de necessidade permanente da administração e que se estenderá por mais de um exercício financeiro continuamente.

1.4 O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

1.5 A presente contratação adotará como regime de execução a Empreitada por Preço Unitário.

1.6 Ressalta-se, para os devidos fins, que o quantitativo ilustrado na tabela acima é a estimativa máxima (teto), e que o pagamento à contratada será realizado de acordo com o quantitativo de serviços efetivamente realizados, podendo, portanto, ser inferior ao quantitativo estimado.

## 2. Fundamentação e descrição da necessidade

### Fundamentação da contratação

#### 1. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

1.1 A Fundamentação da Contratação e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em Tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, apêndice deste Termo de Referência.

1.2 O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual 2025, conforme detalhamento a seguir:

- I. ID PCA no PNCP:
- II. Data de publicação no PNCP:
- III. Id do item no PCA:
- IV. Identificador da Futura Contratação:

## 3. Descrição da solução como um todo

### Descrição da solução

#### 3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

3.1 Conforme tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, apêndice deste Termo de Referência.

## 4. Requisitos da contratação

#### 4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

##### Sustentabilidade

4.1 Além dos critérios de sustentabilidade eventualmente inseridos na descrição do objeto, devem ser atendidos os seguintes requisitos, que se baseiam no [Guia Nacional de Contratações Sustentáveis](#):

4.1.1 Atentar para as exigências de sustentabilidade ambiental, nos termos do Art. 4º do Decreto nº 7746/12, alterado pelo Decreto nº 9.178, de 23 de outubro de 2017, e as determinações sobre disposição final ambientalmente adequada prevista na Lei nº 12.305/2010.

##### Obrigações da Contratada

4.2 Aos beneficiários dos Sistemas SAMMED/FuSEx, os serviços serão prestados em consonância com a Portaria nº 048-DGP, de 28 de Fevereiro de 2008 - IR 30-38 (Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército).

4.3 Aos beneficiários da PASS os serviços serão prestados em respeito a Portaria nº 117 - DGP, de 19 de maio de 2008 - IR 30-57 (Instruções Reguladoras da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro - PASS).

4.4 Aos beneficiários SAMEx-Cmb os serviços serão prestados conforme a Nota Informativa nº 001-DSau, de 13 de outubro de 2011.

4.5 Aos Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais os serviços serão prestados de acordo com a Portaria Normativa Interministerial nº 850 MD/MRE, de 12 de junho de 2009.

4.6 A prestação dos serviços ocorrerá somente com a identificação do usuário e com Guia de Encaminhamento (GE), expedida e devidamente assinada física ou digitalmente pela Credenciante, conforme modelo do ANEXO I deste Projeto Básico. A referida GE deverá também ser assinada pelo beneficiário ou responsável, por ocasião do atendimento, e terá validade de trinta (30) dias consecutivos a partir da data da sua emissão. Em casos de urgências e/ou emergências o atendimento se fará após a identificação do beneficiário sem a apresentação da GE. É de responsabilidade do Credenciado (OCS/PSA) comunicar a esta OMS sobre o atendimento de urgência em até 2 (dois) dias úteis do ocorrido para que se tomem as medidas administrativas concernentes ao caso.

4.7 A própria GE, sem rasuras ou alterações, já deve ser entendida como uma autorização para o atendimento, não podendo o Credenciado exigir qualquer outra documentação.

4.8 É vedado ao Credenciado cobrar diretamente ao usuário, qualquer outra importância por serviços prestados.

4.9 Quanto a identificação dos beneficiários, far-se-á da seguinte maneira:

4.9.1 MILITARES (ativos e inativos): documento de identidade.

4.9.2 PENSIONISTAS e DEPENDENTES (FuSEx): documento de identidade.

4.9.3 DEPENDENTES (FuSEx) menores de oito 8 (oito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos ou INTERDITOS: documento de identidade (certidão de nascimento para os menores de 8 (oito) anos). Caso o paciente seja menor de idade será necessário, também, documento de identidade do(a) responsável.

4.9.4 SERVIDORES CIVIS (ativos e inativos): documento de identidade.

4.9.5 DEPENDENTES de SERVIDORES CIVIS (PASS) menores de 08 (oito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos ou INTERDITOS: documento de identidade (certidão de nascimento para os menores de 8 anos). Caso o paciente seja menor de idade será necessário, também, documento de identidade do (a) responsável.

4.9.6 Ex-COMBATENTE, PENSIONISTAS E DEPENDENTES de Ex-COMBATENTE (SAMEx-Cmb): documento de identidade.

4.10 Os procedimentos a serem realizados devem guardar estreita observação das recomendações dos Conselhos de Classe dos respectivos prestadores de serviço, em especial ao Conselho Federal de Medicina e ao Conselho Federal de Enfermagem no que se refere à eficiência, técnica e ética.

#### **Subcontratação**

4.11 Não é admitida a subcontratação do objeto contratual.

#### **Garantia da contratação**

4.12 Será exigida a garantia da contratação de que tratam os arts. 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, no percentual e condições descritas nas cláusulas do contrato.

4.13 Em caso de opção pelo seguro-garantia, a parte adjudicatária deverá apresentá-la, no máximo, até a data de assinatura do contrato.

4.14 A garantia, nas modalidades caução e fiança bancária, deverá ser prestada em até 10 (dez) dias úteis após a assinatura do contrato.

4.15 O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à garantia da contratação.

#### **Vistoria**

4.16 Há necessidade de realização de avaliação prévia do local de execução dos serviços, tendo em vista que os serviços serão prestados em espaço físico da CREDENCIADA.

#### **Sigilo das informações**

4.17 Todas as bases de dados que venham a ser tratadas pela CONTRATADA em conexão com as suas atividades e com dados relativos aos Usuários são da titularidade da CONTRATANTE, que permite o seu acesso à CONTRATADA.

4.18 A CONTRATADA deverá seguir integralmente os preceitos da LGPD, Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e a Lei de Acesso a Informação (LAI), Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

4.19 A empresa deverá ter mecanismos de proteção das informações que hospeda e terá a responsabilidade de mantê-las protegidas para que não sejam acessadas por qualquer pessoa não autorizada.

4.20 A política de segurança de informações deverá ser rígida e seguida por todos os funcionários e gestores da CONTRATADA com bases nas melhores práticas ético-profissionais de suas categorias e nos mesmos padrões exigidos para as equipes de saúde do CONTRATANTE. Todos os servidores de dados utilizados deverão ter seus dados protegidos por várias camadas de segurança, com firewall, criptografia, redundância e outros equipamentos e softwares que visam auxiliar na manutenção da segurança, mantendo log de acesso em todas as rotinas e consultas no sistema utilizado, sendo possível identificar o que cada usuário da CONTRATADA realizou, o que consultou, que dados inseriu, tempo logado, relatórios emitidos;

4.21 A política de segurança também envolve todos os funcionários que têm acesso a qualquer informação da CONTRATADA. Além da regulamentação da própria categoria (CRM, COFEN e CRP), todos os funcionários devem assinar o Termo de Responsabilidade pelo uso de dados pessoais em que se responsabilizam pelas informações acessadas e a manutenção do sigilo destas informações.

## 5. Modelo de execução do objeto

### 5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

#### Condições de Execução

5.1 Prestação de serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS/EB aos seus BENEFICIÁRIOS, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento, por OCS e PSA visando suprimir as limitações técnicas e humanas do H Mil A Recife garantindo aos usuários dos sistemas em pauta, acesso a tratamento à saúde por meio de melhores recursos propedêuticos que incluam avanços tecnológicos e instalações hospitalares com maiores e melhores capacidades de resolução de alta complexidade, como Centro de Tratamento Intensivo Adulto, Infantil e Neonatal, Centro de Tratamento Oncológico, entre outras.

5.2 A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:

5.2.1 Início da execução do objeto: em até 30 dias após a assinatura do contrato ou quando dele determinar.

5.2.2 A prestação dos serviços eletivos deverá ser assegurado horário comercial de 08:00 h às 18:00 h, nos dias de semana (segunda-feira à sexta-feira), mediante agendamento, podendo se estender, a critério da contratada, quanto aos serviços de urgência o atendimento será 24h. No que tange ao agendamento, este estará disponível em horário comercial.

#### Local e horário da prestação dos serviços

5.3 Os serviços deverão ser realizados no endereço informado pelos prestadores credenciados e, conforme disposição contratual.

5.4 Os serviços também poderão ser realizados nas dependências do H Mil A Recife e, conforme disposição contratual.

5.5 Caso ocorra mudança de endereço, o prestador deverá comunicar imediatamente a SCCFuSEx do H Mil A Recife.

5.6 Os serviços de HOME CARE deverão, **exclusivamente, ser realizados em regime domiciliar** (nas residências dos usuários), sendo assistidos pelo Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), mediante criteriosa análise técnica (solicitação médica, relatórios e preenchimento da NEAD –ANEXO XVII), encaminhamento e autorização, bem como sob supervisão e coordenação do Serviço de Assistência Domiciliar do HMAR - SAD.

|                                                             |             |  |
|-------------------------------------------------------------|-------------|--|
| Esses serviços compreendem as seguintes especialidades:     |             |  |
| 1) Internação hospitalar                                    |             |  |
|                                                             | GERAL       |  |
| 2) Internação hospitalar em UTI                             |             |  |
|                                                             | PEDIATRIA   |  |
| 3) Pronto-socorro (atendimento de urgência e/ou emergência) | • GERAL     |  |
|                                                             | • NEONATAL  |  |
|                                                             | • PEDIATRIA |  |
|                                                             | GERAL       |  |
|                                                             | OBSTETRÍCIA |  |
|                                                             | PEDIATRIA   |  |
|                                                             |             |  |
|                                                             | PSIQUIATRIA |  |

|  |                                                                                                                                    |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                                    |
|  | ALERGOLOGIA e IMUNOLOGIA                                                                                                           |
|  | ALGOLOGIA                                                                                                                          |
|  | ANESTESIOLOGIA                                                                                                                     |
|  | ANGIOLOGIA                                                                                                                         |
|  | ANATOMIA PATOLÓGICA (Citologia, Histopatológico de Alta Complexidade, Imuno-histoquímica, Exames intra-operatórios por congelação) |
|  | ARRITMOLOGIA (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                        |
|  | CARDIOLOGIA CLÍNICA/ INTERVENCIONISTA                                                                                              |
|  | CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                        |
|  | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                             |
|  | CIRURGIA GERAL (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                      |
|  | CIRURGIA GINECOLÓGICA (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                               |
|  | CIRURGIA NEUROLÓGICA (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                |
|  | CIRURGIA ONCOLÓGICA (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                 |
|  | CIRURGIA PEDIÁTRICA (Ambulatorial e Procedimentos)                                                                                 |
|  | CIRURGIA PLÁSTICA E/OU RESTAURADORA NÃO ESTÉTICA (Ambulatorial e Procedimentos)                                                    |
|  |                                                                                                                                    |

|                                                             |                                                                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 4) Especialidades médicas para consultas e/ou procedimentos | CIRURGIA TORÁCICA (Ambulatorial e Procedimentos)                       |
|                                                             | CIRURGIA UROLÓGICA                                                     |
|                                                             | CIRURGIA VASCULAR                                                      |
|                                                             | CITOGÉNÉTICA                                                           |
|                                                             | CLÍNICA MÉDICA                                                         |
|                                                             | COLOPROCTOLOGIA                                                        |
|                                                             | DERMATOLOGIA                                                           |
|                                                             | ENDOSCOPIA DIGESTIVA (Ambulatorial e de Urgência)                      |
|                                                             | ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA (Pleuroscopia /Broncoscopia rígida e flexível) |
|                                                             | ENDOCRINOLOGIA / METABOLOGIA                                           |
|                                                             | FISIATRIA                                                              |
|                                                             | GASTROENTEROLOGIA                                                      |
|                                                             | GENÉTICA MÉDICA                                                        |
|                                                             | GERIATRIA / GERONTOLOGIA                                               |
|                                                             | GINECOLOGIA (Ambulatorial e Preventivo)                                |
|                                                             | HEMODINÂMICA                                                           |
|                                                             | HEMATOLOGIA e HEMOTERAPIA                                              |
|                                                             | HOMEOPATIA                                                             |
|                                                             | HEPATOLOGIA                                                            |

|                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFECTOLOGIA                                                                                                                     |
| MASTOLOGIA                                                                                                                       |
| MEDICINA INTENSIVA                                                                                                               |
| MEDICINA NUCLEAR: Realização de consultas, exames complementares e administração de radiofármacos para tratamento oncológico     |
| NEFROLOGIA                                                                                                                       |
| NEUROLOGIA                                                                                                                       |
| NUTROLOGIA                                                                                                                       |
| OBSTETRÍCIA (Pré-natal e Assistência ao parto)                                                                                   |
| OFTALMOLOGIA, incluindo as Cirurgias Corretivas (cirurgias refrativas, catarata, antiglaucomatosas, tumores, plástica corretiva) |
| ONCOLOGIA CLÍNICA/TERAPÊUTICA                                                                                                    |
| ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA                                                                                                        |
| OTORRINOLARINGOLOGIA (Urgência, Ambulatorial e Procedimentos)                                                                    |
| PEDIATRIA e suas subespecialidades                                                                                               |
| PNEUMOLOGIA (Ambulatorial e Exames Especializados)                                                                               |
| PROCTOLOGIA                                                                                                                      |
| PSIQUIATRIA (Ambulatorial)                                                                                                       |
| RADIOLOGIA e DIAGNÓSTICO POR IMAGEM / RADIOLOGIA                                                                                 |

|  |                                                 |
|--|-------------------------------------------------|
|  | INTERVENCIÓNISTA                                |
|  | RADIOTERAPIA                                    |
|  | REUMATOLOGIA (Ambulatorial)                     |
|  | UROLOGIA (Ambulatorial e Exames Especializados) |

|                                                                                                                                                                           |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                           |                                                                             |
| 5) Home Care                                                                                                                                                              | Serviço de Assistência Técnica de Enfermagem Domiciliar.                    |
| 6) Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), inclusive sob internação, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber) |                                                                             |
| 7) Procedimentos diversos                                                                                                                                                 | CÁPSULA ENDOSCÓPICA E ENTEROSCÓPICA                                         |
|                                                                                                                                                                           | CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ASSISTÊNCIA ROBÓTICA                        |
|                                                                                                                                                                           | ELETROENCEFALOGRAMA (ambulatorial e hospitalar, inclusive à Beira do Leito) |
|                                                                                                                                                                           | HoLEP                                                                       |
|                                                                                                                                                                           | MANOMETRIA ANORRETAL                                                        |
|                                                                                                                                                                           | OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA                                                  |
|                                                                                                                                                                           | TESTE GENÉTICO                                                              |
| 8) Laboratório de Análises Clínicas (incluindo exames laboratoriais de HEMATOLOGIA, BIOQUÍMICA, IMUNOLOGIA, HORMÔNIOS, MICROBIOLÓGICOS, URINÁLISES e PARASITOLÓGICO)      |                                                                             |

|                                                 |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9) <b>Nutrição</b> (Consulta e Acompanhamento)  |                                                                                                                              |
| 10) <b>Terapias</b>                             | BIOFEEDBACK                                                                                                                  |
|                                                 | FISIOTERAPIA (Ambulatorial, e Hospitalar)                                                                                    |
|                                                 | FONOAUDIOLOGIA (Ambulatorial, e Hospitalar)                                                                                  |
|                                                 | Reabilitação vestibular.                                                                                                     |
|                                                 | PSICOLOGIA ADULTO e INFANTIL (Ambulatoria Hospitalar)                                                                        |
|                                                 | NEUROPSICOLOGIA                                                                                                              |
|                                                 | PSICOPEDAGOGIA                                                                                                               |
| 11) <b>Odontologia</b> (Exames e Procedimentos) | TERAPIA OCUPACIONAL (Ambulatorial, e Hospitalar)                                                                             |
|                                                 | CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (para cirurgias de emergência)                                                                     |
|                                                 | CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR (Cirurgia oral men-<br>Dentística restauradora, Endodontia, Odontopediatria, Periodontia e Prótese) |
|                                                 | ESTOMATOLOGIA (ambulatorial e hospitalar, para pacientes submetidos à Radioterapia)                                          |
|                                                 | ORTODONTIA                                                                                                                   |
| RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM            |                                                                                                                              |

ODONTOLÓGICOS

5.7 Para todos os serviços a serem prestados por Pessoa Jurídica, no que couber, conforme interesse do **Credenciante** execução dos mesmos poderá ocorrer nas dependências do H Mil A Recife, mediante tabelas contidas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde vigente.

**5.8 Frequência e Periodicidade da execução dos serviços:**

5.8.1 Os serviços serão executados conforme a demanda do **Credenciante**, a capacidade de atendimento instalada e o horário de funcionamento a ser informado pela **Credenciada** no ato do credenciamento.

5.8.2 Os agendamentos para atendimento dos usuários serão realizados pela **Credenciante**.

**5.8.3 Do Sistema de Rodízio – prestação de serviço por Credenciados nas dependências do H Mil A Recife:**

5.8.3.1 Havendo mais de um Credenciado, a prestação dos serviços ocorrerá em sistema de rodízio, **com permanência de 07 (sete) dias e com limite máximo de 03 (três) Credenciadas por vez.**

5.8.3.2 O rodízio iniciará pela ordem cronológica de credenciamento, sendo o primeiro credenciado o primeiro a prestar os serviços e assim sucessivamente.

5.8.3.3 Havendo mais de um credenciado na mesma data, será realizado sorteio entre eles para estabelecer a ordem dentro do sistema de rodízio.

5.8.3.4 Os novos credenciados passarão a integrar o sistema de rodízio como últimos da lista de espera, ainda que os demais credenciados já tenham prestado serviço em determinado momento.

**Materiais a serem disponibilizados**

5.9 Haverá necessidade de disponibilização de materiais pela Contratada no serviço que for pertinente.

**Especificação da garantia do serviço ([art. 40, §1º, inciso III, da Lei nº 14.133, de 2021](#))**

5.10 O prazo de garantia contratual dos serviços é aquele estabelecido na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

5.11 O serviço deverá dispor de funcionalidades para gestão, controle e emissão de relatórios de acompanhamento pelos usuários e pelos profissionais militares gestores e fiscais da Organização Militar de Saúde (OMS).

5.12 A CONTRATADA deverá informar tempestivamente qualquer alteração de protocolo que possa gerar dúvidas ao beneficiário: inclusão ou exclusão de especialidades, fechamento da agenda de determinado profissional (por férias, afastamento temporário ou definitivo), substituição do contato da empresa junto ao EB (CEO, Gestor, ou quem for determinado para a função).

## 6. Modelo de gestão do contrato

### 6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2 Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostilamento.

6.3 As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de e-mail funcional para esse fim, entre o gestor e o proposto, admitindo-se assinatura eletrônica.

6.4 O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

**Preposto**

6.5 A Contratada designará formalmente o preposto da empresa, antes do início da prestação dos serviços, indicando no instrumento os poderes e deveres em relação à execução do objeto contratado. Havendo a necessidade de mudança do preposto designado pela CONTRATADA, esta deverá formalizar o ato e aguardar a anuência da CONTRATANTE para concluir a alteração.

6.6 A Contratada deverá manter preposto da empresa em sua sede registrada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF) durante o período da execução contratual.

6.7 A Contratante poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que a Contratada designará outro para o exercício da atividade.

**Fiscalização**

6.8 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato ou pelos respectivos substitutos ( Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput).

6.9 A UG FuSEx deverá designar um Gestor e um Fiscal de contrato que auditará as guias emitidas e as consultas realizadas, conforme fatura emitida, a fim de solicitar as notas fiscais para pagamento.

6.10 O Fiscal do Contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VI).

6.11 O Fiscal do Contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados. (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, §1º e Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, II).

6.12 Identificada qualquer inexistência ou irregularidade, o Fiscal do Contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, III).

6.13 O Fiscal do Contrato informará ao Gestor do Contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, IV).

6.14 No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o Fiscal do Contrato comunicará o fato imediatamente ao Gestor do Contrato. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, V).

6.15 O Fiscal do Contrato comunicará ao Gestor do Contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VII).

6.16 O Fiscal do Contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário (Art. 23, I e II, do Decreto nº 11.246, de 2022).

6.17 Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o Fiscal do Contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao Gestor do Contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 23, IV).

**Gestor do Contrato**

6.18 O Gestor do Contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, IV).

6.19 O Gestor do Contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, II).

6.20 O Gestor do Contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotar os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, III).

6.21 O Gestor do Contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, VIII).

6.22 O Gestor do Contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, X).

6.23 O Gestor do Contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, VI).

6.24 O Gestor do Contrato deverá enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.

6.25 A gestão e fiscalização do contrato, bem como a execução dos estágios da despesa, será realizada pela Unidades Gestoras do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) designadas pela 7ª Região Militar.

## 7. Critérios de medição e pagamento

### 7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

7.1 A obrigação do pagamento só será constatada após o término da prestação do serviço.

7.2 A contratada, ao final do período de medição, deverá emitir fatura de cobrança, relacionando todos os serviços prestados, juntamente com as guias assinadas pelo usuário e quando for o caso todo registro comprobatório da prestação do serviço.

7.2.1 Caso haja cancelamento ou interrupção de serviço previamente agendado, seja pela ausência do paciente ou do profissional de saúde responsável, por falta de comunicação, por erro no sistema ou qualquer outro motivo superveniente, não haverá cobrança.

7.3 A avaliação da execução do objeto utilizará o Instrumento de Medição de Resultado (IMR), conforme anexo do Edital.

7.3.1 Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

7.3.1.1 Não produziu os resultados acordados.

7.3.1.2 Deixou de executar, ou não executou com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas.

7.1.1.3 Deixou de utilizar sistemas e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

7.4 A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços.

7.5 A aferição da execução contratual para fins de pagamento considerará o sistema disponibilizado pela contratante para auditorias do Fiscal de Contrato estabelecido, podendo a contratada ser diligenciada pelo fiscal de outros modos.

7.6 Casos de ausência de profissionais de saúde ou cancelamento de serviço pelo profissional, a empresa contratada deverá emitir um relatório de justificativa para cada ausência, de modo a ser analisado pelos fiscais de contrato para fins de IMR.

#### **Do recebimento**

7.7 Os serviços serão recebidos provisoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, pelo Fiscal Técnico, com a entrega da fatura, contendo as guias assinadas com seus respectivos laudos, mediante termos detalhados, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo. (Art. 140, I, a, da Lei nº 14.133 e Arts. 22, X e 23, X do Decreto nº 11.246, de 2022).

7.8 O prazo da disposição acima será contado do recebimento de comunicação de cobrança oriunda do contratado com a comprovação da prestação dos serviços a que se referem a parcela a ser paga.

7.9 O Fiscal Técnico do Contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter técnico. (Art. 22, X, Decreto nº 11.246, de 2022).

7.10 Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o Fiscal Técnico do Contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à contratada, registrando em relatório a ser encaminhado ao Gestor do Contrato.

7.10.1 Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega da fatura ou, em havendo mais de um, a ser feito com a entrega do último.

7.10.2 A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no recebimento provisório. (Art. 119 c/c art. 140 da Lei nº 14133, de 2021).

7.10.3 Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

7.11 Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o Termo Detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao Gestor do Contrato para recebimento definitivo.

7.12 Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento provisório, pelo gestor, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos:

7.12.1 Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial, quando houver, no cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado em indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações, conforme regulamento ([art. 21, VIII, Decreto nº 11.246, de 2022](#)).

7.12.2 Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções.

7.12.3 Emitir relatório para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas.

7.12.4 Comunicar à empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização.

7.12.5 Enviar a documentação pertinente ao Ordenador de Despesas para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão.

7.13 No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do [art. 143 da Lei nº 14.133, de 2021](#), comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal referente à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

7.14 Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pelo contratado, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

7.15 O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

### **Liquidação**

7.16 Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de dez dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos do art. 7º, §2º da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77/2022.

7.17 O prazo de que trata o item anterior será reduzido à metade, mantendo-se a possibilidade de prorrogação, nos casos de contratações decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 75 da Lei nº 14.133, de 2021.

7.18 Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

7.18.1 O prazo de validade.

7.18.2 A data da emissão.

7.18.3 Os dados do contrato e do órgão contratante.

7.18.4 O período respectivo de execução do contrato.

7.18.5 O valor a pagar.

7.18.6 Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

7.19 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus à contratante.

7.20 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133/2021.

7.21 A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para:

- a) Verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital.
- b) Identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, que implique proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018).

7.22 Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

7.23 Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

7.24 Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.7.25

7.25 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF.

### **Prazo de pagamento**

7.26 O pagamento será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias úteis, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior, nos termos da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77, de 4 de novembro de 2022.

7.27 No caso de atraso pelo Contratante, os valores devidos ao contratado serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, mediante aplicação do índice IPCA de correção monetária.

### **Forma de pagamento**

7.28 O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado, no campo observação da nota fiscal.

7.29 Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

7.30 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

7.30.1 Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

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

## **8. Forma e critérios de seleção e regime**

### **8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E REGIME DE EXECUÇÃO**

#### **Forma de seleção e critério de julgamento da proposta**

8.1 O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO, na modalidade CREDENCIAMENTO.

#### **Regime de execução**

8.2 O regime de execução do contrato será por empreitada por preço unitário.

#### **Exigências de habilitação**

8.3 Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

#### **Habilitação jurídica**

**8.4 Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI:** inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores.

**8.5 Sociedade empresária estrangeira:** portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020.

**8.6 Sociedade simples:** inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores.

**8.7 Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária:** inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no registro onde tem sede a matriz.

**8.8 Sociedade cooperativa:** ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971.

**8.9** Ato de autorização para o exercício da atividade de credenciada expedido pelo Conselho de Classe.

**8.10** Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

#### **Habilitação fiscal, social e trabalhista**

**8.11** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso.

**8.12** Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 2 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

**8.13** Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

**8.14** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

**8.15** Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal relativo ao domicílio ou sede do fornecedor, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual.

8.16 Prova de regularidade com a Fazenda Municipal/Distrital do domicílio ou sede do fornecedor, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre.

8.17 Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos estadual ou municipal relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

### **Qualificação Econômico-Financeira**

8.18 Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor - Lei nº 14.133, de 2021, art. 69, caput, inciso II).

### **Qualificação Técnica**

8.19 Declaração de que o licitante tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação.

8.20 A declaração acima poderá ser substituída por declaração formal assinada pelo responsável técnico do licitante acerca do conhecimento pleno das condições e peculiaridades da contratação.

8.20.1 Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica e Registro no Conselho Regional do Estado Sede da Empresa, com indicação do responsável/diretor técnico.

### **Participação de Cooperativas**

8.21 Caso admitida a participação de sociedades cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:

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

8.21.2 A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI, para cada um dos cooperados indicados.

8.21.3 A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço. O registro previsto na Lei nº 5.764, de 1971, art. 107.

8.21.4 A comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato;

8.21.5 Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:

- a) Ata de fundação.
- b) Estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou.
- c) Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia.
- d) Editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias.
- e) Três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais.
- f) Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação.

8.21.6 A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei nº 5.764, de 1971, ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

## 9. Estimativas do valor da contratação

**Valor (R\$):** 56.156.066,28

### 9. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1 O custo estimado total da contratação é de R\$ 56.156.066,28 (cinquenta e seis milhões, cento e cinquenta e seis mil, sessenta e seis reais e vinte e oito centavos), conforme custos unitários apostos em anexo.

9.2. A estimativa de custo levou em consideração o risco envolvido na contratação e sua alocação entre contratante e contratado, conforme especificado na matriz de risco constante do Contrato

### 10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1 As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União.

10.2 A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

## 10. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado digitalmente  
 **ISADORA QUEIROZ ALVES DA COSTA**  
Data: 05/11/2024 08:36:15-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**ISADORA QUEIROZ ALVES DA COSTA**

Responsável pela contratação direta

Documento assinado digitalmente  
 **RENATA LIRA PEREZ**  
Data: 05/11/2024 09:03:39-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**RENATA LIRA PEREZ**

Membro da comissão de contratação

Documento assinado digitalmente  
 **THAYS CAMILLA RAMOS DO NASCIMENTO**  
Data: 05/11/2024 08:49:00-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**THAYS CAMILLA RAMOS DO NASCIMENTO**

Membro da comissão de contratação



*Assinou eletronicamente em 01/11/2024 às 09:23:18.*

**ANDREA GUIMARAES GURGEL**

Autoridade competente

**ANEXO II**  
**REFERENCIAL DE PREÇOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - ORGANIZAÇÕES CIVIS**  
**DE SAÚDE (OCS) E PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) DO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - H Mil A Recife 2025**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**  
**(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2024  
ANEXO II – REFERENCIAL DE VALORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
Processo Administrativo (NUP) nº 64583.011276/2023-97

**SUMÁRIO**

1. Apresentação
2. Honorários: tabelas, índices e valores
  - 2.1. Remuneração dos honorários
  - 2.2. Consulta médica na urgência
  - 2.3. Remuneração dos portes anestésicos
  - 2.4. Honorários diferenciados
  - 2.5. Retorno de consulta ambulatorial
  - 2.6. Reaplicação
  - 2.7. Visita hospitalar
  - 2.8. Ginecologia
  - 2.9. Oftalmologia
  - 2.10. Nutrição
  - 2.11. Psiquiatria
  - 2.12. Exames complementares – SADT – Hospitalar
  - 2.13. Exames complementares – SADT - Ambulatorial
  - 2.14. Exames complementares – SADT - Prestados por credenciado nas instalações do Hospital Militar de Área de Recife
  - 2.15. Serviços de emissão de laudos de exames diagnósticos por imagem
  - 2.16. Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos de Medicina Laboratorial
  - 2.17. Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos Anatomia Patológica e Citopatologia
  - 2.18. Pacote de exame peroperatório com deslocamento do patologista (biópsia por congelção)
  - 2.19. Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos Endoscópicos e Ecoendoscópico
3. Medicamentos, Quimioterápicos e Radiofármacos
4. Materiais Descartáveis
5. Dieta enteral e parenteral
6. Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME)
7. Gasoterapia, taxas de salas, taxa de sala cirúrgica, diárias hospitalares, taxas ambulatoriais, taxa pelo uso de equipamento médico-hospitalar
8. Acomodações
9. Serviço de Nutrição
10. Serviços de Fonoaudiologia

11. Serviço de Terapia Ocupacional
12. Serviço de Fisioterapia Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar
  - 12.1. Fisioterapia Hospitalar
  - 12.2. Fisioterapia Ambulatorial e Domiciliar
13. Serviços de Psicologia Hospitalar e Ambulatorial
14. Atendimento para pacientes com necessidades especiais
15. Odontologia Buco-Maxilo-facial
16. Radiologia Odontológica
17. Atendimento em Home Care
18. Assistência Técnica em Enfermagem Domiciliar
  - 18.1. Tabelas e Índices
19. Honorários de pacotes de serviços de hemodinâmica e cardiologia intervencionista, cirúrgica cardiovascular e cirurgia torácica
  - 19.1. Honorários de pacotes de serviços de hemodinâmica – Anexo I
  - 19.2. Honorários de serviços de cirurgia cardiovascular – Anexo II
  - 19.3. Honorários de serviços de cirurgia torácica – Anexo III
  - 19.4. Regras para aplicação dos pacotes – cirurgia torácica
  - 19.5. Honorários de serviços de eletrofisiologia – Anexo IV
  - 19.6. Honorários de serviços de estimulação cardíaca artificial – Anexo V
20. Honorários de Serviços de Pediatria
21. Honorários de Serviços de Ginecologia/Obstetrícia
22. Honorários de Oftalmologia para cirurgias de catarata congênita infantil
23. Pacotes Diversos
  1. Pacote de Serviços de hemoto e ou hemoterapia
  2. Pacotes de Urologia
  3. Honorários de Psiquiatria Infantil
  4. Avaliação Neuropsicológica
  5. Pacotes de Psiquiatria
  6. Pacotes de Exames Toxicológicos
  7. Terapia Renal Substitutiva – Ambulatorial e Hospitalar
    - 7.1. Pacotes de Terapia Renal Substitutiva - Ambulatorial
    - 7.2. Pacotes de Terapia Renal Substitutiva – Hospitalares
  8. Pacotes de Pet Scan
  9. Pacote para Tratamento Radioterápicos
  10. Pacote de Transplante de Medula Óssea
    - 10.1. Transplante de Medula Óssea Autólogo
    - 10.2. Transplante de Medula Óssea alogênico aparentado
    - 10.3. Transplante de Medula Óssea alogênico não aparentado
11. Pacote de Obstetrícia (Parto)
12. Pacote de Videodeglutograma
13. Pacotes de Eletroencefalograma à beira do leito
14. Pacote de Prostatectomia Realizado por Robótica
15. Pacote de honorários para cirurgia de prostatectomia com assistência robótica
16. Pacotes de Gastroplastia por Vídeo
17. Pacote de Revascularização do Miocárdio
18. Pacote de Iodoterapia Ambulatorial
19. Pacotes de Procedimentos de RX
20. Pacotes de momotomias
  - 20.1. Pacote de Mamotomia por USG
  - 20.2. Pacote de Mamotomia por estereotaxia
  - 20.3. Pacote de Mamotomia por Ressonância Magnética
21. Exames
  - 21.1. Teste SARS – COV – 2

21.2. Pesquisa rápida para influenza A e B

22. Pacotes de cirurgias realizadas nas instalações do HMAR

22.1 Pacotes de cirurgias laparoscópicas

ANEXO A – CBHPM 2016

ANEXO B – CBHPM 2010

ANEXO C – Preços de diárias e taxas hospitalares

ANEXO D – Preços dos pacotes para hemodinâmica

ANEXO E – Preços de materiais descartáveis

ANEXO F – Preços de materiais especiais/órteses e próteses

ANEXO G – Preços das dietas

ANEXO H – Preços dos pacotes de Oftalmologia

ANEXO I – Relação de materiais descartáveis e medicamentos não cobertos pelo credenciante

## 1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as Tabelas, Índices, Valores e Conceituações necessárias dos serviços na área de saúde, objeto do credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife).

Os procedimentos que não constam do rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), 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 tem cobertura pelo SAMMED/FUSEx/SAMEx-Cmb e PASS.

## 2. HONORÁRIOS: TABELAS, ÍNDICES E VALORES

### 2.1 REMUNERAÇÃO DOS HONORÁRIOS

Para fins de **remuneração dos honorários** (consultas, visitas hospitalares, procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgências, exames laboratoriais e de imagem) será pago conforme a CBHPM 2016 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos 2016), vide **ANEXO A**, com redutor de 20,77% (vinte, setenta e sete por cento) nos portes, UCO de R\$ 11,35 (onze reais e trinta e cinco centavos) e filme radiológico de R\$ 25,00/m<sup>2</sup> (vinte e cinco reais).

### 2.2 CONSULTA MÉDICA NA URGÊNCIA

As **consultas em pronto-socorro**, exclusivamente para a especialidade de **PEDIATRIA**, serão remuneradas no valor de **R\$ 99,84** (noventa e nove reais e oitenta e quatro centavos), com os adicionais previstos na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) para atendimentos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA.

As **consultas em pronto-socorro para outras especialidades** serão remuneradas no valor de **R\$ 72,61** (setenta e dois reais e sessenta e um centavos).

No caso da existência de isenção fiscal e tributária advindos de benefícios pela realização de atividades filantrópicas por parte do(s) CREDENCIADO(S), tais vantagens deverão incidir nos parâmetros acordados, visando a vantagem da administração pública.

### 2.3 REMUNERAÇÕES DOS PORTES ANESTÉSICOS:

| PORTES                  | VALORES (R\$) ENFERMARIA | VALORES (R\$) APARTAMENTO |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 0*                      | R\$ 885,52               | R\$ 1.771,07              |
| 1                       | R\$ 351,38               | R\$ 702,76                |
| 2                       | R\$ 565,20               | R\$ 1.130,41              |
| 3                       | R\$ 885,52               | R\$ 1.771,07              |
| 4                       | R\$ 1.410,42             | R\$ 2.820,83              |
| 5                       | R\$ 1.899,02             | R\$ 3.798,04              |
| 6                       | R\$ 2.377,99             | R\$ 4.755,97              |
| 7                       | R\$ 2.927,35             | R\$ 5.854,73              |
| 8                       | R\$ 3.492,16             | R\$ 6.984,32              |
| Consulta pré-anestésica | R\$ 193,77               | R\$ 193,77                |

*\*Porte anestésico "0" significa não participação do anestesista*

### 2.4 HORÁRIOS DIFERENCIADOS

Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

A regra acima **não** se aplica às visitas médicas e pareceres de rotina aos pacientes internados.

### 2.5 RETORNO DE CONSULTA AMBULATORIAL

Será considerado retorno e, portanto, **sem emissão** de nova Guia de Encaminhamento (**GE**), as consultas ambulatoriais realizadas apenas **para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante**, desde que o beneficiário procure o referido médico para agendar a consulta de retorno em **até 30 (trinta)** 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 e, portanto, será necessário a emissão de nova GE. **Não existe retorno** nos atendimentos em Pronto Socorro.

## 2.6 REAPLICAÇÃO

Nos procedimentos de litotripsia extracorpórea, ureterolitotripsia extracorpórea e cistolitotripsia extracorpórea, considera-se reaplicação quando o procedimento ocorre em até 3 meses após a primeira aplicação, conforme prescrito na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

## 2.7 VISITA HOSPITALAR

Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista.

## 2.8 GINECOLOGIA

Fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: anamnese e exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos, e inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal.

## 2.9 OFTALMOLOGIA

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. A **tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada seis meses para um mesmo paciente**. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

## 2.10 NUTRIÇÃO

Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a **uma consulta a cada 30 (trinta) dias**. Estão incluídas na consulta as **sessões de revisão e controle**. Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento.

## 2.11 PSIQUIATRIA

A assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar, sendo necessário autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação (limitado a 30 dias) e nome do hospital.

## 2.12 EXAMES COMPLEMENTARES – SADT - HOSPITALAR

Para fins de **remuneração dos honorários** (consultas, visitas hospitalares, procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgências, exames laboratoriais e de imagem) será pago conforme a **CBHPM 2016, ANEXO A, com redutor de 20,77%** (vinte, setenta e sete por cento) nos portes,

**UCO de R\$ 11,35** (onze reais e trinta e cinco centavos) e **filme radiológico de R\$ 25,00/m<sup>2</sup>** (vinte e cinco reais).

### **2.13 EXAMES COMPLEMENTARES – SADT - AMBULATORIAL**

Serão remunerados em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, **CBHPM 2010 plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010**, a Unidade de Custo Operacional (**UCO**) será de **R\$ 12,00** (doze reais) e o valor a ser pago por metro quadrado do **filme** será de **R\$ 21,70** (vinte e um reais e setenta centavos), com acréscimo de **2,89%** no valor total do exame (**EXCETO RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA**). Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta tabela, serão utilizadas suas atualizações.

Os procedimentos de **RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA** serão remunerados em conformidade com a **CBHPM 2010 – plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010**, a Unidade de Custo Operacional (**UCO**) será de **R\$ 12,00** (doze reais) e o valor a ser pago por metro quadrado do **filme** será de **R\$ 21,70** (vinte e um reais e setenta centavos) **com redutor de 7% no valor total dos exames**. Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta tabela, serão utilizadas suas atualizações.

### **2.14 EXAMES COMPLEMENTARES – SADT - PRESTADOS POR CREDENCIADO NAS INSTALAÇÕES DO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**

Serão remunerados conforme a **CBHPM 2010 – plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010, SEM** o Custo Operacional (**UCO**) e **SEM** o **FILME**. Para exames não constantes nesta tabela, serão utilizadas suas atualizações, **SEM** o Custo Operacional (**UCO**) e **SEM** o **FILME**.

O prazo para entrega dos exames realizados serão os seguintes:

- Para exames de **urgência/emergência** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 4h**;
- Para exames **eletivos de paciente internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 24h (vinte e quatro horas)**;
- Para exames **eletivos de paciente não internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 07 (sete) dias corridos**;

### **2.15 SERVIÇOS DE EMISSÃO DE LAUDOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM**

O Serviço de **Emissão de Laudos** de Exames Diagnósticos por Imagem realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, pelo serviço de radiologia do HMAR, serão remunerados conforme o porte do exame/procedimento segundo a **CBHPM 2010 – plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010, SEM** o Custo Operacional (**UCO**) e **SEM** o **FILME**, com o **redutor de 30%** (trinta por cento). Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações, **SEM** o **Custo Operacional (UCO)** e **SEM** o **FILME**, com o **redutor de 30%** (trinta por cento).

O prazo para entrega dos laudos dos exames realizados no HMAR serão os seguintes:

- Para exames de **urgência/emergência** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 4h (quatro horas)**;
- Para exames **eletivos de paciente internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 24h (vinte e quatro horas)**;
- Para exames **eletivos de paciente não internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 07 (sete) dias corridos**;

## 2.16 PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE MEDICINA LABORATORIAL

Para fins de **remuneração dos honorários** (consultas, visitas hospitalares, procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgências, exames laboratoriais e de imagem) será pago conforme a **CBHPM 2016, ANEXO A, com redutor de 20,77%** (vinte, setenta e sete por cento) nos portes, **UCO de R\$ 11,35** (onze reais e trinta e cinco centavos) e **filme radiológico de R\$ 25,00/m<sup>2</sup>** (vinte e cinco reais).

## 2.17 PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

Para fins de **remuneração dos honorários** será pago conforme a **CBHPM 2010 plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010**, a Unidade de Custo Operacional (**UCO**) será de **R\$ 12,00** (doze reais) e o valor a ser pago por metro quadrado do **filme** será de **R\$ 21,70** (vinte e um reais e setenta centavos), com acréscimo de **2,89%** no valor total do exame.

| TABELA DE VALORES DE ANATOMIA PATOLÓGICA |                                                                                                                                                                |            |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CÓDIGO                                   | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                      | VALOR      |
| 4.06.01.11-0                             | Procedimento diagnóstico em biópsia simples “imprint” e “cell block”                                                                                           | R\$ 70,70  |
| 4.06.01.13-7                             | Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica                                                                                             | R\$ 35,35  |
| 4.06.01.15-3                             | Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados                                                                                 | R\$ 227,38 |
| 4.06.01.17-0                             | Procedimento diagnóstico em painel de imunoistoquímica (duas a cinco reações)                                                                                  | R\$ 548,40 |
| 4.06.01.18-8                             | Procedimento diagnóstico em reação imunoistoquímica isolada                                                                                                    | R\$ 291,17 |
| 4.06.01.19-6                             | Procedimento diagnóstico em fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia, acondicionados em um mesmo frasco                                   | R\$ 155,36 |
| 4.06.01.20-0                             | Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples                                                                                                | R\$ 120,79 |
| 4.06.01.21-8                             | Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa                                                                                               | R\$ 155,36 |
| 4.06.01.22-6                             | Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens | R\$ 70,70  |
| 4.06.01.25-0                             | Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5                                                                                                              | R\$ 70,70  |
| 4.06.01.26-9                             | Coloração especial por coloração                                                                                                                               | R\$ 35,35  |
| 4.06.01.27-7                             | Procedimento diagnóstico em imunofluorescência                                                                                                                 | R\$ 548,40 |

## 2.18 PACOTE PARA EXAME PEROPERATÓRIO COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA (BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO)

|                                                                                                                                |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Procedimentos diagnósticos peroperatórios com deslocamento do patologista (biópsia por congelação) – código CBHPM 4.06.01.03-0 | R\$ 2.321,90 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

|                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Fornecimento de técnica para cito em base líquida              | R\$ 40,00 |
| Fornecimento de técnica para imunoistoquímica (por anticorpos) | R\$ 80,00 |

## 2.19 PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS ENDOSCÓPICOS E ECOENDOSCÓPICO

Para fins de remuneração dos procedimentos de **Ecoendoscopia** serão utilizados valores de **pacotes**, conforme descritos abaixo. Quando o procedimento não estiver listado nos pacotes abaixo, será pago conforme a **CBHPM 2016, ANEXO A, com redutor de 20,77%** (vinte, setenta e sete por cento) nos portes, **UCO de R\$ 11,35** (onze reais e trinta e cinco centavos) e **filme radiológico de R\$ 25,00/m<sup>2</sup>** (vinte e cinco reais).

Poderão ser cobrados até 02 pacotes, o de porte maior, será remunerado 100% e o seguinte em 50%. Os honorários anestésicos referentes a estes procedimentos seguirão esta mesma regra.

| CÓDIGO                       | PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | VALOR        |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 4.02.01.10-4<br>4.02.01.11-2 | <b>ECOENDOSCOPIA ALTA OU BAIXA SEM BIÓPSIA</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.<br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista, diárias de internação, intercorrências, material e medicamento para anestesia.                                                                               | R\$ 2.577,70 |
| 4.02.02.24-0                 | <b>ECOENDOSCOPIA ALTA OU BAIXA COM BIÓPSIA</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, 01 (uma) agulha de punção.<br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista, diárias de internação, intercorrências, material e medicamento para anestesia.                                                    | R\$ 5.799,83 |
| 4.01.02.07-6                 | <b>MANOMETRIA PRÉ PH METRIA</b><br><br><b>Incluso:</b> todos os custos referentes a serviço de diagnose e terapia, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxa de sala, gasoterapia e todos os honorários médicos.<br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista.                                                                        | R\$ 654,86   |
| 4.01.02.06-8                 | <b>MANOMETRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM OU SEM TESTE PROVOCATIVO – PACOTE COM HONORÁRIO MÉDICO</b><br><br><b>Incluso:</b> todos os custos referentes a serviço de diagnose e terapia, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxa de sala, gasoterapia e todos os honorários médicos.<br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista. | R\$ 679,57   |
| 4.01.02.10-6                 | <b>PHMETRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM CANAIS - PACOTE COM HONORÁRIO MÉDICO</b><br><br><b>Incluso:</b> todos os custos referentes a serviço de diagnose e terapia, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxa de sala, gasoterapia e todos os honorários médicos.<br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista.                     | R\$ 716,64   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| 4.03.03.33-0                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>DOSAGEM FECAL DE CALPROTECTINA</b> | R\$ 209,38   |
| <b>Colonoscopia (inclui a retossigmoidoscopia)</b><br><b>Incluso:</b> honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                              |                                       | R\$ 594,91   |
| <b>Colonoscopia com Biópsia e/ou Citologia</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                              |                                       | R\$ 708,64   |
| <b>Dilatação de esôfago, estômago ou duodeno com balão dilatador</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos, balão dilatador e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                       |                                       | R\$ 3.332,10 |
| <b>Dilatação de esôfago, estômago ou duodeno com Sonda Savary (por sessão)</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos, conjunto de velas de Savary e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N. |                                       | R\$ 1.250,98 |
| <b>Endoscopia Digestiva Alta sem Biópsia</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                |                                       | R\$ 429,33   |
| <b>Endoscopia Digestiva Alta com Biópsia e/ou citologia</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                 |                                       | R\$ 677,07   |
| <b>Esclerose de varizes esofágicas</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                      |                                       | R\$ 1.154,01 |
| <b>Gastrostomia endoscópica</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br><br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                             |                                       | R\$ 2.388,23 |
| <b>Hemostasia do cólon (plasma argônio)</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos, aplicação de plasma de argônio e despesas de material e                                                                                                                                            |                                       |              |

|                                                                                                                                                  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| medicamentos inerentes a realização do procedimento.                                                                                             | R\$ 2.160,78 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Hemostasia de cólon (injetor de esclerose)</b>                                                                                                |              |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, injetor de esclerose e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.           | R\$ 1.657,38 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Hemostasia de esôfago, estômago e ou duodeno (plasma de argônio)</b>                                                                          |              |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, aplicação de plasma de argônio e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. | R\$ 1.933,33 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Hemostasia de esôfago, estômago e ou duodeno (injetor de esclerose)</b>                                                                       |              |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, injetor de esclerose e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.           | R\$ 1.154,01 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Ligaduras elásticas de varizes esôfagogástricas (por sessão)</b>                                                                              |              |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, kit de ligaduras elásticas e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.     | R\$ 2.937,62 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Mucosectomia</b>                                                                                                                              |              |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.           | R\$ 1.479,69 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Passagem de SNE por via endoscópica</b>                                                                                                       |              |
| <b>Incluso:</b> Honorários médicos, sonda nasoenteral e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.              | R\$ 849,64   |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Passagem de sonda por gastrostomia</b>                                                                                                        |              |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, sonda BRT e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.                      | R\$ 1.250,98 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Polipectomia de esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos)</b>                                                          |              |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.           | R\$ 854,20   |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                   |              |
| <b>Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos)</b>                                                                                 |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 1.113,77  |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| <b>Retossigmoidoscopia flexível</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 398,03    |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| <b>Retirada de corpo estranho esôfago</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 889,09    |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| <b>Retirada de corpo estranho do cólon</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 1.017,61  |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| <b>Colangiopancreatografia Endoscópica retrógrada + Papilotomia endoscópica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
| <b>Incluso:</b> honorários médicos, OPME (exceto prótese plástica biliar flexível) e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento.<br>Intensificador de imagem                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 12.396,07 |
| <b>Excluso:</b> honorários do anestesista S/N.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| <b>Prótese plástica biliar Flexima</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 1.555,67  |
| <b>ENTEROSCOPIA - 4.02.01.14-7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
| <b>Inclusões:</b><br>01 diária<br>Honorários médicos (o exame é realizado por 02 médicos)<br>Medicamentos inerentes ao procedimento<br>Taxa de Sala e equipamentos<br>01 balão para enteroscopia<br>01 injetor<br><b>Exclusões:</b><br>Sangue e hemoderivados<br>Honorários do anestesista<br>Despesas de internação (caso necessário)<br>Medicação e material para anestesia<br>Intercorrência<br>Material especial, exceto os mencionados acima. | R\$ 10.865,85 |
| <b>ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA - 4.02.01.34-1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
| <b>Inclusões:</b><br>Honorário da equipe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <p>Laudo médico</p> <p>Assessórios: cinturão + cápsula endoscópica</p> <p>Taxa de sala e taxa de equipamentos</p> <p><b>Exclusões:</b></p> <p>Exames complementares de biópsia, congelação, anatomopatológico, imunoperoxidase, imunohistoquímica.</p> <p>Procedimentos complementares</p> <p>Honorários do anestesista</p> <p>Medicação e material para anestesia</p> <p>Internações</p> | R\$ 9.951,00 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

### 3. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E RADIOFÁRMACOS

Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento, serão pagos preferencialmente os genéricos, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) com **acréscimo** de 20% (vinte por cento) para OCS que exerçam atividades de filantropia e 32% (trinta e dois por cento) para as demais OCS. O valor de ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, vigente para o ano corrente. Os quimioterápicos constantes na relação de medicamentos oncológicos isentos de ICMS devem ser considerados para fins de orçamento.

Os quimioterápicos serão remunerados conforme dose fracionada consumida, exceto para drogas sem estabilidade ou com estabilidade de até 24 horas. Em caso de drogas que tenham estabilidade adequada para segunda infusão, será cobrado pela quantidade consumida.

Os **radiofármacos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento.

Medicamentos de valor monetário superior a R\$ 700,00 (setecentos reais) necessitam de aprovação pelo médico auditor do CREDENCIANTE.

### 4. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Será considerado o **ANEXO E – Preços de materiais descartáveis**. Para os materiais descartáveis não constantes no Referencial acordado, serão pagos conforme negociação entre as partes considerando os valores de mercado ou Revista Simpro Nº 117 Agosto/Setembro 2018, acrescido da margem de comercialização de 13% (treze por cento).

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R\$ 700,00 (setecentos reais)** necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

Os **fios cirúrgicos e curativos** serão remunerados conforme valores da revista Simpro/Brasíndice relativa ao mês da realização do procedimento, sem margem de comercialização.

### 5. DIETA ENTERAL E PARENTERAL

Serão pagas de acordo com o **ANEXO G - Preços das dietas** deste referencial. As dietas que não constam no ANEXO E, serão remuneradas conforme Brasíndice vigente, com redutor de 50% (cinquenta por cento).

## 6. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Será considerado o **ANEXO F – Preços de materiais especiais/órteses e próteses**.

Quando os OPME's não constarem no **ANEXO F**, o CREDENCIADO deverá apresentar **03 (três) orçamentos distintos** que serão submetidos à auditoria prévia e, após autorizados, será pago o de **menor valor**, com **margem de comercialização de 15% (quinze por cento)**.

Quando os Materiais Especiais, Órteses e Próteses forem fornecidos aos Hospitais pelo FUSEX, será pago uma taxa de Manutenção/Guarda, correspondente a 15% (treze por cento) sobre o valor dos mesmos.

Em hipótese alguma o CREDENCIADO poderá cobrar dos beneficiários do Sistema SAMMED/FUSEX/SAMEx-Cmb/PASS qualquer valor relacionado à utilização de OPME.

É expressamente proibida a substituição ou troca do OPME autorizado, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico e descrita no relatório cirúrgico. Em caso de substituição ou troca de OPME motivada por intercorrência médica ou uso de **OPME extra-pacote** em procedimento cirúrgico eletivo ou de urgência, o CREDENCIADO deverá apresentar ao CREDENCIANTE, em até **72 (setenta e duas) horas úteis** após o uso, a justificativa técnica para devida análise e autorização, fora deste prazo será considerado glosa administrativa, não passível de recurso.

Os **procedimentos cirúrgicos eletivos** só poderão ser agendados pelo CREDENCIADO após a liberação do CREDENCIANTE.

O CREDENCIADO deverá fazer constar no prontuário médico do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização do OPME liberado com a descrição do seu uso no relatório cirúrgico.

## 7. GASOTERAPIA, TAXAS DE SALAS, TAXA DE SALA CIRÚRGICA, DIÁRIAS HOSPITALARES, TAXAS AMBULATORIAIS, TAXA PELO USO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

A gasoterapia ambulatorial ou hospitalar será remunerada conforme o **ANEXO C – Preços de diárias e taxas hospitalares**.

**Não** será permitida a cobrança de taxa de sala para **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)** e **tratamentos especializados realizados à beira do leito**.

## 8. ACOMODAÇÕES

Os BENEFICIÁRIOS têm direito aos padrões de acomodações hospitalares na seguinte prioridade:

### I - para oficiais e seus dependentes

- a) quarto privativo;
- b) quarto semiprivativo

### II - para subtenentes e sargentos e seus dependentes

- a) quarto privativo;
- b) quarto semiprivativo; e
- c) enfermaria de até seis leitos.

### III - para cabos, taifeiros e soldados

- a) enfermaria de até três leitos; e

b) enfermarias gerais.

**IV - para dependentes de cabos, soldados e taifeiros**

- a) quarto semiprivativo; e
- b) enfermaria de até seis leitos.

**V - para ex-combatentes e seus dependentes**

- a) quarto privativo;
- b) quarto semiprivativo; e
- c) enfermaria de até seis leitos.

**VI - para servidores civis e seus dependentes**

O padrão a que fazem jus é definido pela correlação estabelecida na Portaria Cmt Ex Nr 396, de 16 Jun 08, alterada pela Portaria Nº 226 de 14 Mar 16:

| Cargos ou funções de Servidores Civis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Padrão de Acomodação                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Consultor Jurídico do Comando do Exército</li><li>- Cargo em Comissão - Direção e Assessoramento Superior (DAS-100)</li><li>- Cargo de Nível Superior - Classe "C" e Especial</li><li>- Professor de Ensino Superior - Titular e Associado</li><li>- Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classe "E" e Especial</li><li>- Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classe Titular</li><li>- Ciência e Tecnologia - Pesquisador Associado e Titular</li><li>- Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Pleno III e Sênior</li><li>- Advogado da União - Categoria Especial e Primeira Categoria</li><li>- Cargo de Nível Superior - Classes "A" e "B"</li><li>- Professor de Ensino Superior - Adjunto, Assistente e Auxiliar</li><li>- Professor de ensino Fundamental e Médio - Classe "C", "D"</li><li>- Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classes "DI", "DII", "DIII", e "DIV".</li><li>- Ciência e Tecnologia - Pesquisador Assistente e Adjunto.</li><li>- Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Júnior e Plenos I e II</li><li>- Advogado da União - Segunda Categoria</li></ul> | <b>Correspondente ao de Oficiais (I)</b> - Oficial General, Coronel, Tenente-Coronel, Major, Capitão, 1º Tenente, 2º Tenente e Asp a Oficial. |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Cargos de Nível Intermediário - Classes "A", "B", "C" e Especial</li><li>- Ciência e Tecnologia - Técnico I, II e III</li><li>- Ciência e Tecnologia - Assistente I, II e III</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Correspondente ao de subtenentes e sargentos (II).</b>                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Cargos de Nível Auxiliar – Classes "A", "B", "C" e Especial.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Correspondente ao de Cabos (III).</b>                                                                                                      |

## 9. SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO

O atendimento/consulta de Nutrição terá a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

O atendimento na área de Nutrição será remunerado conforme abaixo:

| PROCEDIMENTO | VALOR (R\$) |
|--------------|-------------|
|--------------|-------------|

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Consulta em Consultório | R\$ 53,55 |
| Consulta em Domicílio   | R\$ 74,55 |

#### 10. SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA

As sessões de Fonoaudiologia terão a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

O atendimento na área de Fonoaudiologia será remunerado conforme abaixo:

| PROCEDIMENTO       | VALOR ALTA |
|--------------------|------------|
| Consulta/Avaliação | R\$ 66,16  |
| Sessão             | R\$ 77,84  |
| Sessão Domiciliar  | R\$ 87,15  |

#### 11. SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

As sessões de Terapia Ocupacional terão a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

As sessões de Terapia Ocupacional serão remuneradas conforme Tabela abaixo:

| PROCEDIMENTO             | VALOR (R\$) |
|--------------------------|-------------|
| Atendimento Hospitalar   | R\$ 32,42   |
| Atendimento Ambulatorial | R\$ 32,42   |
| Atendimento Domiciliar   | R\$ 64,85   |

#### 12. SERVIÇO DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR, AMBULATORIAL E DOMICILIAR

As sessões de fisioterapia terão a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

A fisioterapia domiciliar contempla fisioterapia respiratória e fisioterapia motora.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE, que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

No atendimento de fisioterapia hospitalar em **apartamento ou enfermaria** será permitida a cobrança de **01 (uma)** sessão de fisioterapia respiratória e **01 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia, compatíveis com a patologia. Em **UTI adulto e pediátrico** (maior de 1 ano) será permitida a cobrança de **3 (três)** sessões de fisioterapia respiratória e **1 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia. Para paciente neonatal será permitida **apenas** fisioterapia respiratória.

As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme tabela abaixo:

## 12.1 FISIOTERAPIA HOSPITALAR

| CÓDIGO       | PROCEDIMENTO                                                                                                                                      | VALOR      |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.02.03.04-7 | Assistência fisiátrica respiratória em paciente internado                                                                                         | R\$ 41,08  |
| 2.01.03.44-1 | Assistência fisiátrica em paciente com ventilação mecânica                                                                                        | R\$ 51,38  |
| 2.01.03.44-1 | Paraparesia/tetraparesia                                                                                                                          | R\$ 34,24  |
|              | Consulta hospitalar em fisioterapia                                                                                                               | R\$ 58,04  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético                          | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular                              | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de queimaduras                                                       | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico          | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar no pré e pós-cirúrgico e em recuperação de tecidos                                                        | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar por alterações endocrinometabólicas                                                                       | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho genitourinário, reprodutor e/ou proctológico | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente dependente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico       | R\$ 45,15  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com assistência ventilatória   | R\$ 51,38  |
|              | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem assistência ventilatória   | R\$ 45,15  |
|              | Eletroestimulação transcutânea                                                                                                                    | R\$ 114,94 |
|              | Determinação das pressões respiratórias máximas (PI máx e PE máx)                                                                                 | R\$ 41,67  |
|              | Dinamometria (Avaliação da função muscular por movimento com equipamento mecânico)                                                                | R\$ 46,08  |
|              | Medida do pico de fluxo de tosse (Peak Flow)                                                                                                      | R\$ 30,65  |

## 12.2 FISIOTERAPIA AMBULATORIAL E DOMICILIAR

| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                         | VALOR (R\$) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Consulta Ambulatorial                                                                                                                                                                                                | R\$ 45,03   |
| Consulta Domiciliar                                                                                                                                                                                                  | R\$ 45,03   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE I</b> - Disfunção neurofuncional, paciente independente ou com dependência parcial (ambulatorial)                                                                                           | R\$ 30,00   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE II</b> - Disfunção neurofuncional, paciente com dependência total (ambulatorial)                                                                                                            | R\$ 54,03   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE I</b> - Disfunção locomotora, paciente independente ou com dependência parcial (ambulatorial)                                                                                               | R\$ 30,00   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE II</b> - Disfunção locomotora, paciente com dependência total (ambulatorial)                                                                                                                | R\$ 45,03   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE I</b> - Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, em grupo (ambulatorial)                                     | R\$ 24,00   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE II</b> - Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, de forma individualizada (ambulatorial)                    | R\$ 45,03   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE</b> - Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamento), necessitando de assistência ventilatória. | R\$ 45,03   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE I</b> - Disfunção do sistema cardiovascular clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, em grupo - NÍVEL AMBULATORIAL                             | R\$ 24,00   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE II</b> - disfunção do sistema cardiovascular clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, de forma individualizada - NÍVEL AMBULATORIAL            | R\$ 45,03   |
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE III</b> - Disfunção do sistema cardiovascular, em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos) NÍVEL HOSPITALAR                                          | R\$ 36,02   |

|                                                                                                                                                       |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE II:</b> Disfunção do sistema linfático e/ou vascular em dois ou mais segmentos, associada ou não a ulcerações (ambulatorial) | R\$ 45,03  |
| Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema nervoso central e/ou periférico                                                     | R\$ 75,65  |
| Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema locomotor (musculoesquelético)                                                      | R\$ 63,04  |
| Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema respiratório                                                                        | R\$ 63,04  |
| Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema cardiovascular                                                                      | R\$ 63,04  |
| Atendimento fisioterapêutico ambulatorial e/ou domiciliar nas disfunções do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário e proctológico)          | R\$ 63,04  |
| Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) – Individual                                                                                                     | R\$ 45,03  |
| Reeducação Postural Global                                                                                                                            | R\$ 60,03  |
| Biofeedback                                                                                                                                           | R\$ 141,12 |

### 13. SERVIÇOS DE PSICOLOGIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

O atendimento em Psicologia terá a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

O atendimento na área de Psicologia será remunerado conforme abaixo:

| PROCEDIMENTO            | VALOR     |
|-------------------------|-----------|
| Consulta/Avaliação      | R\$ 66,17 |
| Sessão                  | R\$ 77,84 |
| Sessão Familiar         | R\$ 87,15 |
| Psicopedagogia (Sessão) | R\$ 63,00 |
| Sessão em Domicílio     | R\$ 74,55 |

### 14. ATENDIMENTO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

| ESPECIALIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | VALOR (R\$) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| CONSULTA/SESSÃO DE FONOAUDIOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 140,00  |
| CONSULTA/SESSÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 160,00  |
| CONSULTA/SESSÃO DE PSICOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 140,00  |
| CONSULTA/SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 140,00  |
| CONSULTA/SESSÃO DE EQUOTERAPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 140,00  |
| CONSULTA/SESSÃO DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 160,00  |
| CONSULTA/SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ 140,00  |
| CONSULTA/SESSÃO DE FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 140,00  |
| <b>PACOTE DE ATENDIMENTO TERAPÊUTICO EM ABA - por hora (uma hora)</b><br><br>Profissional da área de saúde nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiologia, psicopedagogo, fisioterapeuta) especializado em Análise do Comportamento (ABA), que faz parte da equipe Multidisciplinar que acompanha a criança em seu tratamento médico/terapêutico.<br><br>Obs.: não compreende o serviço acima descrito o <b>acompanhamento especializado (corresponde ao profissional de educação especial)</b> , sendo este de responsabilidade exclusiva da escola. | R\$ 120,00  |

Conforme o estabelecido na Portaria N° 186-DGP, de 16 de AGOSTO DE 2019, as terapias complementares contemplam o atendimento nas áreas de psicologia, psicomotricidade, fonoaudiologia, equoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fisioterapia e terapias especiais (métodos: ABA, Bobath, PROMPT, PECS, Kuevas Medek Exercises, TEACCH, PECS, SCERTS Model, Terapia de Integração Sensorial e TheraSuit).

Para atendimento aos beneficiários contemplados por esta portaria, não haverá limites estabelecidos para o número de sessões das terapias complementares. Os métodos de terapias especiais serão considerados inclusos em uma ou mais das áreas de terapias complementares. OBS: O VALOR DAS SESSÕES DE TERAPIA (FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, PSICOMOTRICIDADE) CONTEMPLA A SUPERVISÃO ABA QUANDO SE FIZER NECESSÁRIA.

## 15. ODONTOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Os procedimentos em cirurgia bucomaxilofacial serão remunerados conforme os critérios adotados no item 2. – Honorários.

## 16. RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

| RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA |                                                                |            |                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CÓDIGO                  | PROCEDIMENTOS                                                  | VALOR R\$  | INSTRUÇÕES                                                                                                                                                                             |
| 500111006               | Levantamento radiográfico/periapical completo                  | R\$ 108,00 | Composto por 10 radiografias periapicais e 4 interproximais. Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                       |
| 50011001                | Radiografia periapical                                         | R\$ 9,00   | -                                                                                                                                                                                      |
| 50011002                | Radiografia interproximal - Bite-Wing                          | R\$ 9,00   | -                                                                                                                                                                                      |
| 50011003                | Radiografia oclusal                                            | R\$ 25,00  | -                                                                                                                                                                                      |
| 50011004                | Radiografia Pósterio-Anterior                                  | R\$ 35,00  | Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                                                                                    |
| -                       | Modelo Ortodôntico Digital 3D                                  | R\$ 48,00  | Modelos de estudo digitalizados para Ortodontia e/ou Cirurgia Ortognática. Só deve ser solicitado por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. Não devem ser considerados para implantes |
| 50011005                | Radiografia da ATM - série completa (3 incidências)            | R\$ 92,00  | Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                                                                                    |
| 50011006                | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (Ortopantomografia) | R\$ 42,00  | Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                                                                                    |
| 50011008                | Telerradiografia                                               | R\$ 33,00  | Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                                                                                    |
| 50011007                | Telerradiografia com traçado cefalométrico                     | R\$ 55,00  | <b>Com 2 traçados cefalométricos.</b> Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                                              |
| 50011009                | RX mão e punho - carpal                                        | R\$ 38,00  | Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                                                                                    |
| 50011012                | Fotografias                                                    | R\$ 8,00   | <b>Valor unitário. No máximo de 8 (oito).</b> Devem ser <b>entregues impressas e em CD.</b> Só deve                                                                                    |

|           |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                                                                                    |            | ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA, CBMF e/ou IMPLANTODONTIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 500081019 | Traçado cefalométrico                                                              | R\$ 12,00  | Somente <b>para traçado adicional (máximo de 1)</b> solicitado por especialista em ORTODONTIA.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| -         | Documentação Ortodôntica Básica                                                    | R\$ 127,00 | Inclui <b>panorâmica, telerradiografia c/ análise cefalométrica (2 traçados), modelos de estudo c/ discrepância, 8 fotos</b> (03 extrabuciais: frente, perfil, perfil sorrindo e 05 intrabuciais: 02 laterais e 01 frontal, 02 oclusais), <b>CD com as imagens, caixa para modelos e pasta para as fichas.</b><br>Somente em laboratório de radiologia especializado. |
| -         | Documentação Ortodôntica completa                                                  | R\$ 152,00 | Documentação Ortodôntica Básica + Modelo Ortodôntico Digital 3D                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 50011162  | Tomografia Computadorizada por feixe cônico - CONE BEAM ( <b>para ATM</b> )        | R\$ 165,00 | Só considerada quando solicitada por especialista em DTM ou CBMF. Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.                                                                                                                                           |
| 50011159  | Tomografia Computadorizada por feixe cônico - CONE BEAM ( <b>1 arco dental</b> )   | R\$ 183,00 | Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.                                                                                                                                                                                                             |
| 50011160  | Tomografia Computadorizada por feixe cônico - CONE BEAM ( <b>2 arcos dentais</b> ) | R\$ 307,00 | Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.                                                                                                                                                                                                             |

|          |                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50011010 | Modelos ortodônticos (par)                                                                                                                                                                                       | R\$ 52,00    | <b>Modelos de estudo para Ortodontia</b> (jogo articulado AS/AI) e/ou <b>Cirurgia Ortognática</b> . Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. <b>Não</b> devem ser considerados para implantes. |
| -        | Protocolo SEG Completo (tomográfico)<br>Tomografia de crânio total + 10 fotografias + modelo de estudo                                                                                                           | R\$ 485,00   | Somente em laboratório de radiologia especializado.                                                                                                                                                                     |
| -        | Protocolo Dolphin (tomográfico)<br>Tomografia de crânio total + 01 foto                                                                                                                                          | R\$ 502,00   | Para planejamento de cirurgia ortognática                                                                                                                                                                               |
| -        | Protocolo de Planejamento de cirurgia ortognática (tomográfico) - Tomografia de crânio total + Digitalização dos modelos em oclusão + 3 fotos + planejamento computadorizado Dolphin + guias cirúrgicos (1 ou 2) | R\$ 1.482,00 | -                                                                                                                                                                                                                       |
| -        | Modelos Prototipados - esteriolitográfico - mandíbula ou maxila completa                                                                                                                                         | R\$ 650,00   | -                                                                                                                                                                                                                       |
| -        | Modelos Prototipados - esteriolitográfico - maxila e com articulação (base do crânio)                                                                                                                            | R\$ 2.048,00 | -                                                                                                                                                                                                                       |

#### OBSERVAÇÕES:

1. Para a realização dos exames será necessário o pedido **assinado e carimbado pelo profissional que solicitou, com CRO e identificação legíveis**;
2. Exames que **não permitam a boa visualização** do caso e/ou com **baixa qualidade de processamento serão glosados**;
3. No caso de necessidade de Auditoria, enviar **todas as radiografias para o Auditor**;
4. As **Guias de Encaminhamento** deverão ser encaminhadas para a lisura na Seção de Auditoria e Lisura do CREDENCIANTE, obrigatoriamente, com o **pedido do exame em anexo**.

#### 17. ATENDIMENTO EM HOME CARE

A complexidade do paciente em assistência domiciliar será baseada nos critérios das Normas Técnicas sobre a Atenção Domiciliar do Exército Brasileiro - NEAD.

A **inclusão**, a **classificação**, a **mudança de complexidade**, assim como a **alta do paciente** do sistema domiciliar, será sempre mediante avaliação do médico auditor militar.

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.

A indenização será através de diária global, conforme descrito abaixo:

## HOME CARE

| DIÁRIA                                                     | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VALOR        |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>ALTA</b><br>(enfermagem 24 horas) <b>COM RESPIRADOR</b> | <p><b>INCLUSO:</b> taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente.</b></p> | R\$ 1.519,32 |
| <b>ALTA</b><br>(enfermagem 24 horas) <b>SEM RESPIRADOR</b> | <p><b>INCLUSO:</b> taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente.</b></p> | R\$ 1.412,97 |
| <b>MÉDIA</b><br>(enfermagem 12 horas)                      | <p><b>INCLUSO:</b> taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 802,21   |

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                           | <p>de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente.</b></p>                                                                                                                              |            |
| <p><b>BAIXA COMPLEXIDADE</b><br/>(enfermagem 6 horas)</p> | <p><b>INCLUSO:</b> taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente.</b></p> | R\$ 419,33 |
| <p><b>Medicação de 4/4 horas</b></p>                      | <p><b>INCLUSO:</b> serviços e taxas.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 210,78 |

|                                 |                                                                                                                                 |            |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Medicação de 6/6 horas</b>   | <b>INCLUSO:</b> serviços e taxas.<br><b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i> | R\$ 163,93 |
| <b>Medicação de 8/8 horas</b>   | <b>INCLUSO:</b> serviços e taxas.<br><b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i> | R\$ 140,52 |
| <b>Medicação de 12/12 horas</b> | <b>INCLUSO:</b> serviços e taxas.<br><b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i> | R\$ 105,38 |
| <b>Medicação de 24/24 horas</b> | <b>INCLUSO:</b> serviços e taxas.<br><b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i> | R\$ 58,55  |

**Obs.: INCLUI-SE ainda no valor da diária de todos os pacotes os seguintes itens:**

- a. Identificação do paciente, documentação clínica do paciente, preparo do corpo e maleta de urgência;
- b. Montagem, desmontagem e transporte do Home Care;
- c. Transporte dos equipamentos, medicamentos e materiais;
- d. Remoções, admissões e transferências;
- e. Coleta e recolhimento de exames laboratoriais;
- f. Antissepsia e assepsia de equipamentos e materiais;
- g. Cuidados integrais da equipe de enfermagem;
- h. Coleta de lixo hospitalar;
- i. Materiais descartáveis para o manuseio e descarte de insumos de saúde;
- j. Materiais permanentes: aparador masculino (papagaio), feminino (comadre), aparadeira, bacia de inox, bandeja de inox, cuba rim, estetoscópio, fluxômetro, aparelho de glicemia, cama hospitalar, grade, escadinha, suporte de soro, poltrona, cadeira de rodas e cadeira higiênica, Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- k. Qualquer tipo de colchão e seu protetor;
- l. Andador, muletas e bengalas;
- m. Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPIs), algodão, compressa cirúrgica, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI (Polivinil Pirrolidona Iodo), clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, e outros;
- n. Nebulizador;
- o. Aspirador de qualquer tipo;
- p. Bandeja de curativo e de sondagem vesical;
- q. Bomba de Infusão;
- r. Gerador de energia, filtro de linha e adaptador de tomada;
- s. Foco luminoso;
- t. Mesas cirúrgicas auxiliares;
- u. Mobiliário para acondicionamento dos medicamentos, materiais, equipamentos;
- v. Nebulização, aspiração de vias aéreas, oxigenoterapia (cateter nasal, máscara de Venturi, BIPAP ou LTV 1000), oxímetro de pulso, monitor cardíaco (inclusiva arruelas);

w. Intercorrência médica, visita médica do especialista, radiologia em domicílio, hemotransfusão.

Os **medicamentos** serão remunerados conforme este Referencial de Preços.

## 18. ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

Quanto aos serviços de **Assistência técnica de enfermagem domiciliar** serão prestados sob supervisão e coordenação do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital Militar de Área de Recife, para complementar e/ou suplementar a sua Equipe de Atendimento Domiciliar.

A complexidade do paciente em assistência domiciliar será baseada nos critérios das Normas Técnicas sobre a Atenção Domiciliar do Exército Brasileiro - **NEAD**.

Serão considerados de **baixa complexidade** os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação por via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, nenhuma ou única lesão com curativo simples, sem uso de ventilação mecânica invasiva ou não, sem necessidade de aspiração de vias aéreas e escala de KATZ independente.

Serão considerados de **média complexidade** os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, nenhuma ou única lesão com curativo simples, sem uso de ventilação mecânica invasiva ou não, medicação parenteral ou hipodermóclise até 5 (cinco) vezes ao dia, sem necessidade de aspiração de vias aéreas e escala de KATZ independente.

Serão considerados de **alta complexidade com dependência parcial** os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, múltiplas lesões com curativos simples ou lesão única com curativo complexo, necessidade de aspiração de vias aéreas mais de 5 (cinco) vezes ao dia, medicações intravenosas ou hipodermóclise até 4 (quatro) vezes ao dia, alimentação parenteral até 12 (doze) horas, uso de oxigenioterapia intermitente ou contínua, ventilação mecânica contínua, invasiva ou não, por até 12 (doze) horas e escala de KATZ dependência parcial.

Serão considerados de **alta complexidade com dependência total**, os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, múltiplas lesões com curativos complexos, necessidade de aspiração de vias aéreas por mais de 5 (cinco) vezes ao dia, medicação intravenosa ou hipodermóclise mais de 4 (quatro) vezes ao dia, medicações intravenosas ou hipodermóclise até 4 (quatro) vezes ao dia, alimentação parenteral até 12 (doze) horas, uso de oxigenioterapia contínuo ou ventilação mecânica contínua, invasiva ou não, por mais de 12 (doze) horas ao dia e escala de KATZ dependente total.

A **inclusão**, a **classificação**, a **mudança de complexidade**, assim como a **alta do paciente** do sistema domiciliar, será sempre mediante avaliação do médico auditor militar.

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.

### 18.1 TABELAS E ÍNDICES

A indenização da Assistência Técnica de Enfermagem Domiciliar será conforme descrito abaixo:

| Ord | CONTRATO ATUAL                                                                                                                                          | VALOR      |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1   | Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 6 horas para pacientes de baixa, média e alta complexidade. C/ dependência parcial.                    | R\$ 86,75  |
| 2   | Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – <b>DIURNO</b> , para pacientes de baixa, média e alta complexidade c/ dependência parcial.  | R\$ 131,37 |
| 3   | Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – <b>NOTURNO</b> , para pacientes de baixa, média e alta complexidade c/ dependência parcial. | R\$ 148,72 |
| 4   | Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – <b>DIURNO</b> , para pacientes de alta complexidade c/dependência total.                    | R\$ 133,85 |
| 5   | Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – <b>NOTURNO</b> , para pacientes de alta complexidade c/dependência total.                   | R\$ 154,93 |

A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes neste Referencial.

Os serviços cujos valores não estão previamente definidos neste Referencial, terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos itens 2 e 3, no que couber, e mediante negociação.

## 19. HONORÁRIOS DE PACOTES DE SERVIÇOS DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, CIRURGIA CARDIOVASCULAR E CIRURGIA TORÁCICA

### 19.1 HONORÁRIOS DE PACOTE DE SERVIÇOS DE HEMODINÂMICA - ANEXO I

| PROCEDIMENTO                                                                                                                           | CÓDIGO       | VALOR (R\$)  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Consulta Cardiologista                                                                                                                 |              | R\$ 125,00   |
| Cateterismo de Câmaras D-E + Cinecoronariografia                                                                                       | 3.09.11.07-9 | R\$ 1.683,55 |
| Cateterismo de Câmaras D-E + Cinecoronariografia e de Revascularização Cirúrgica do Miocárdio                                          | 3.09.11.05-2 | R\$ 2.021,66 |
| Cateterismo E e/ou D com cinecoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos toracoabdominais e/ou membros | 3.09.11.08-7 | R\$ 1.817,38 |

|                                                                                                                                          |              |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)                                                      | 3.09.12-10-5 | R\$ 3.856,67 |
| ATP de Bifurcação e de Tronco com implante de Stent                                                                                      | 3.09.12.26-1 | R\$ 5.470,05 |
| Angioplastia Transluminal Coronária de Múltiplos Vasos + Implante de stents                                                              | 3.09.12.03-2 | R\$ 5.088,06 |
| Recanalização arterial no IAM - Angioplastia Primária com implante de stent com ou sem suporte circulatório (BIA)                        | 3.09.12.18-0 | R\$ 6.701,45 |
| Cateterismo no IAM (50%)                                                                                                                 | 3.09.11.07-9 | R\$ 1.683,55 |
| TOTAL: CAT + ATP com STENT (IAM):                                                                                                        | -            | R\$ 8.385,00 |
| Valvoplastia Percutânea por via transeptal                                                                                               | 3.09.12.25-3 | R\$ 3.856,67 |
| Marcapasso temporário à beira do leito                                                                                                   | 3.09.04.09-9 | R\$ 908,70   |
| Colocação de Balão intraórtico                                                                                                           | 3.09.05.01-0 | R\$ 476,84   |
| Estudo Ultrassonográfico Intravascular                                                                                                   | 3.09.11.14-1 | R\$ 1.683,55 |
| Avaliação Fisiológica da Gravidade de Obstruções (cateter ou guia)                                                                       | 3.09.11.02-8 | R\$ 792,44   |
| Cateterismo de câmaras D-E com ou sem cineangiografia com avaliação da reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica | 3.09.11.04-4 | R\$ 2.008,01 |
| Cateterismo Cardíaco Direito com Estudo Angiográfico da Artéria Pulmonar                                                                 | 3.09.11.06-0 | R\$ 792,44   |
| Cateterismo Cardíaco Esquerdo e Estudo Angiográfico da Aorta e/ou Ramos                                                                  | 3.09.11.09-5 | R\$ 792,44   |
| Cateterismo Cardíaco Esquerdo por Via Transeptal                                                                                         | 3.09.11.10-9 | R\$ 792,44   |
| Estudo Hemodinâmico das Cardiopatias Congênitas Estruturalmente Complexas                                                                | 3.09.11.12-5 | R\$ 2.256,69 |
| Estudo Hemodinâmico de Cardiopatias Congênitas e/ou Valvopatias com ou sem Cinecoronariografia ou Oximetria                              | 3.09.11.13-3 | R\$ 2.038,44 |
| Atrioseptostomia por Balão                                                                                                               | 3.09.12.05-9 | R\$ 2.270,56 |
| Atrioseptostomia por Lâmina                                                                                                              | 3.09.12.06-7 | R\$ 3.011,37 |
| Emboloterapia                                                                                                                            | 3.09.12.07-5 | R\$ 3.011,37 |
| Implante de Prótese Intravascular na Aorta/Pulmonar ou Ramos com ou sem Angioplastia                                                     | 3.09.12.09-1 | R\$ 4.599,94 |
| Oclusão Percutânea de shunts intracardíacos                                                                                              | 3.09.12.12-1 | R\$ 5.336,77 |
| Oclusão Percutânea de Fístulas e/ou Conexões Sistêmico-Pulmonares                                                                        | 3.09.12.13-0 | R\$ 4.144,35 |

|                                                    |              |               |
|----------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Oclusão Percutânea de Canal Arterial               | 3.09.12.14-8 | R\$ 4.104,78  |
| Implante Transcateter TAVI                         | 3.09.12.29-6 | R\$ 20.984,39 |
| Valvoplastia Percutânea por via arterial ou venosa | 3.09.12.24-5 | R\$ 3.545,16  |

## 19.2. HONORÁRIOS DE SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR - ANEXO II

| DESCRIÇÃO                                      | CÓDIGO                                       | VALOR (R\$)   |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|
| Revascularização do Miocárdio                  | 3.09.03.02-5                                 | R\$ 19.310,43 |
| Tratamento Cirúrgico Valvar                    | 3.09.02.05-3                                 | R\$ 18.140,12 |
| Aneurisma de VE                                | 3.09.03.01-7                                 | R\$ 18.140,12 |
| Multivalvar                                    | 3.09.02.02-9                                 | R\$ 20.627,07 |
| RVM+ Troca Valvar                              | 3.09.03.02-5/<br>3.09.02.05-3                | R\$ 24.576,92 |
| RVM + Aneurisma de VE                          | 3.09.03.02-5<br>3.09.03.01-7                 | R\$ 24.576,92 |
| Aneurisma e Dissecções Torácicos               | 3.09.06.08-3                                 | R\$ 27.818,10 |
| Aneurisma e Dissecções + RVM e/ou Troca Valvar | 3.09.06.08-3<br>3.09.03.02-5<br>3.09.02.05-3 | R\$ 32.505,23 |
| Cardiopatía Congênita s/ CEC                   | 3.09.01.10-3                                 | R\$ 17.679,64 |
| Cardiopatía Congênita Simples                  | 3.09.01.07-3                                 | R\$ 18.140,12 |
| Cardiopatía Congênita Complexa                 | 3.09.01.09-0                                 | R\$ 29.024,18 |

## 19.3. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE CIRURGIA TORÁCICA – ANEXO III

| PROCEDIMENTO | CÓDIGO       | ABERTA OU VÍDEO |
|--------------|--------------|-----------------|
| PULMÃO       | 3.08.03.00-4 | VALOR (R\$)     |

|                                                           |   |               |
|-----------------------------------------------------------|---|---------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 1)</b>                                | - | -             |
| Lobectomia pulmonar                                       | - | R\$ 11.033,77 |
| Pneumectomia (pneumonectomia)                             | - | R\$ 11.033,77 |
| Segmentectomia (qualquer técnica)                         | - | R\$ 11.033,77 |
| Bulectomia unilateral                                     | - | R\$ 11.033,77 |
| Metastectomia unilateral                                  | - | R\$ 11.033,77 |
| Cirurgia redutora do volume unilateral (qualquer técnica) | - | R\$ 11.033,77 |
| Embolectomia pulmonar                                     | - | R\$ 11.033,77 |
| Tromboendarterectomia pulmonar                            | - | R\$ 11.033,77 |
| Correção de fístula broncopleurálica (qualquer técnica)   | - | R\$ 11.033,77 |
| Cisto pulmonar congênito - tratamento cirúrgico           | - | R\$ 11.033,77 |

|                                                                           |                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>PULMÃO MÉDIO</b>                                                       | <b>3.08.03.13-6</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 1)</b>                                                | -                   | -                  |
| Pneumorrafia                                                              | -                   | R\$ 5.516,88       |
| Pneumostomia (cavenostomia ) com costectomia e estoma cutâneo – cavitário | -                   | R\$ 5.516,88       |
| Posicionamento de agulhas radiativas por toracotomia (braquiterapia)      | -                   | R\$ 5.516,88       |
| Drenagem tubular aberta de cavidade pulmonar                              | -                   | R\$ 5.516,88       |

|                                  |                     |                    |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>MEDIASTINO</b>                | <b>3.08.05.00-7</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 2)</b>       | -                   | -                  |
| Ressecção de tumor de mediastino | -                   | R\$ 10.243,73      |
| Timectomia (qualquer via)        | -                   | R\$ 10.243,73      |
| Ressecção de bócio intratorácico | -                   | R\$ 10.243,73      |
| Linfadenectomia mediastinal      | -                   | R\$ 10.243,73      |

|                                                                          |   |               |
|--------------------------------------------------------------------------|---|---------------|
| Ligadura do ducto torácico (qualquer via)                                | - | R\$ 10.243,73 |
| Ligadura das artérias brônquicas p/controle de hemoptise por toracotomia | - | R\$ 10.243,73 |
| Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica - tratamento cirúrgico        | - | R\$ 10.243,73 |
| Tratamento cirúrgico da mediastinite (qualquer via)                      | - | R\$ 10.243,73 |

| <b>MEDIASTINO MÉDIO</b>                                    | <b>3.08.05.23-6</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
|------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 2)</b>                                 | -                   | -                  |
| Retirada de corpo estranho do mediastino                   | -                   | R\$ 6.293,54       |
| Mediastinoscopia, via cervical                             | -                   | R\$ 6.293,54       |
| Mediastinostomia via paraesternal, transesternal, cervical | -                   | R\$ 6.293,54       |
| Biópsia de tumor do mediastino (qualquer via)              | -                   | R\$ 6.293,54       |

| <b>PLEURA</b>                                    | <b>3.08.04.00-0</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
|--------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 3)</b>                       | -                   | -                  |
| Decorticação pulmonar (pleura)                   | -                   | R\$ 7.900,38       |
| Ressecção de tumor da pleura                     |                     | R\$ 7.900,38       |
| Pleurectomia                                     |                     | R\$ 7.900,38       |
| Pleurodese (qualquer técnica)                    | -                   | R\$ 7.900,38       |
| Pleuroscopia                                     | -                   | R\$ 7.900,38       |
| Tratamento operatório da hemorragia intrapleural | -                   | R\$ 7.900,38       |

| <b>PLEURA MEDIO</b>                                                               | <b>3.08.04.20-5</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 3)</b>                                                        | -                   | -                  |
| Pleurostomia (qualquer via)                                                       | -                   | R\$ 4.686,67       |
| Repleção da cavidade pleural c/ solução de antibiótico para tratamento de empiema | -                   | R\$ 4.517,28       |
| Tenda pleural                                                                     | -                   | R\$ 4.517,28       |

|                            |                     |                    |
|----------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>SIMPATECTOMIA</b>       | <b>3.14.03.34-4</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 4)</b> | -                   | -                  |
| Simpatectomia              | -                   | R\$ 7.900,38       |

|                                                 |                     |                    |
|-------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>PAREDE TORÁCICA</b>                          | <b>3.06.01.00-2</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 5)</b>                      | -                   | -                  |
| Toracoplastia (qualquer técnica)                | -                   | R\$ 7.900,38       |
| Reconstrução de parede torácica                 | -                   | R\$ 7.900,38       |
| Esternectomia (total)                           | -                   | R\$ 7.900,38       |
| Toracectomia                                    | -                   | R\$ 7.900,38       |
| Correção de deformidades da parede torácica     | -                   | R\$ 7.900,38       |
|                                                 |                     |                    |
| <b>DIAFRAGMA</b>                                | <b>3.08.06.00-3</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 6)</b>                      | -                   | -                  |
| Eventração diafragmática - tratamento cirúrgico | -                   | R\$ 9.373,72       |
| Hérnia diafragmática - tratamento cirúrgico     | -                   | R\$ 9.373,72       |
| Ressecção de tumor do diafragma e reconstrução  | -                   | R\$ 9.373,72       |

|                                                 |                     |                    |
|-------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DIAFRAGMA MÉDIO</b>                          | <b>3.08.06.04-6</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 6)</b>                      | -                   | -                  |
| Implante de marcapasso diafragmático definitivo | -                   | R\$ 5.376,84       |

|                             |                     |                    |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DIAFRAGMA MÉDIO</b>      | <b>3.08.06.04-6</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>TRAQUEIA/BRÔNQUIOS</b>   | <b>3.08.01.00-1</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 7)</b>  | -                   | -                  |
| Ressecção de tumor traqueal | -                   | R\$ 10.753,69      |

|                                                              |   |               |
|--------------------------------------------------------------|---|---------------|
| Fistula traqueoesofágica - tratamento cirúrgico via torácica | - | R\$ 10.753,69 |
| Traqueoplastia (qualquer via)                                | - | R\$ 10.753,69 |
| Tratamento cirúrgico da estenose laringotraqueal             | - | R\$ 10.753,69 |

| TRAQUEIA/BRÔNQUIOS/MÉDIO                                    | 3.08.01.02-8        | VALOR (R\$)        |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 7)</b>                                  | -                   | -                  |
| Colocação de prótese traqueal ou traqueobrônquica           | -                   | R\$ 5.516,88       |
| Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica | -                   | R\$ 5.516,88       |
| Fechamento de fístula traqueocutânea                        | -                   | R\$ 5.516,88       |
| <b>BRÔNQUIOS</b>                                            | <b>3.08.02.00-8</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 8)</b>                                  | -                   | -                  |
| Ressecção carinal (traqueobrônquica)                        | -                   | R\$ 11.033,77      |
| Broncotomia e/ou broncorrafia                               | -                   | R\$ 11.033,77      |
| Broncoplastia e/ou arterioplastia                           | -                   | R\$ 11.033,77      |

| PROCEDIMENTOS DIFERENCIADOS                                              | CÓDIGO       | VALOR (R\$)  |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 9)</b>                                               | -            | -            |
| Implante de CVC por punção para NPT, hemodepuração, infusão soros/drogas | 3.09.13.01-2 | R\$ 1.580,07 |
| Punção pleural com ou sem biópsia                                        | 3.08.04.01-9 | R\$ 1.580,07 |
| Toracotomia com drenagem pleural fechada                                 | 3.08.04.13-2 | R\$ 1.580,07 |
| Traqueostomia com colocação de órtese ou prótese traqueal                | 3.08.01.10-9 | R\$ 5.193,78 |
| Traqueostomia para a troca de cânula                                     | 3.08.01.09-5 | R\$ 1.580,07 |

| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO                                                   | 4.02.02.43-7 | VALOR (R\$)  |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 10)</b>                                                  | -            | -            |
| Laringoscopia/traqueostomia para diagnóstico e biópsia com aparelho flexível | -            | R\$ 2.584,35 |

|                                                                                 |   |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|
| Laringoscopia com retirada de corpo estranho de laringe/faringe (tubo flexível) | - | R\$ 2.584,35 |
| Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)            | - | R\$ 2.584,35 |
| Retirada de corpo estranho no brônquio ou brônquico                             | - | R\$ 2.584,35 |

| <b>RESSECÇÃO DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA</b>                        | <b>4.02.02.39-9</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 11)</b>                                          | -                   | -                  |
| Laringoscopia/traqueoscopia com exérese de pólipos/nódulos/papiloma  | -                   | R\$ 5.021,42       |
| Laringoscopia/traqueoscopia com laser para exérese de papiloma/tumor | -                   | R\$ 5.021,42       |
| Retirada de tumor ou papiloma por broncoscopia                       | -                   | R\$ 5.021,42       |
| Desobstrução brônquica com laser ou eletrocautério                   | -                   | R\$ 5.021,42       |

| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                             | <b>4.02.01.03-1</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 12)</b>                                                    | -                   | -                  |
| Laringoscopia /traqueoscopia para diagnóstico e Biópsia com aparelho flexível  | -                   | R\$ 2.276,40       |
| Broncoscopia com biópsia transbrônquica                                        | -                   | R\$ 2.276,40       |
| Broncoscopia com ou sem biópsia transbrônquica ou lavagem brônquica bilateral  | -                   | R\$ 2.276,40       |
| Broncoscopia com biópsia transbrônquica <b>com acompanhamento radioscópico</b> | -                   | R\$ 2.276,40       |

| <b>ESTENOSE TRAQUEAL - DILATAÇÃO / DESOBSTRUÇÃO</b> | <b>4.02.02.16-0</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
|-----------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 13)</b>                         | -                   | -                  |
| Desobstrução brônquica por broncoaspiração          | -                   | R\$ 5.423,14       |
| Dilatação de estenose laringo-traqueo-brônquica     | -                   | R\$ 5.423,14       |
| Colocação de prótese traqueal ou brônquica          | -                   | R\$ 5.423,14       |

|                                                                                                                 |   |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|
| Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica, por via endoscópica (tubo de silicone ou metálico) | - | R\$ 5.423,14 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|

| OUTROS PROCEDIMENTOS                                                   | CÓDIGO              | VALOR (R\$)  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| <b>DESCRIÇÃO (GRUPO 14)</b>                                            | -                   | -            |
| Colocação de cateter para braquiterapia endobrônquica                  | <b>4.02.02.10-0</b> | R\$ 2.878,95 |
| Laringoscopia / Traqueoscopia para intubação oro ou nasotraqueal       | <b>4.02.02.44-5</b> | R\$ 2.878,95 |
| Broncoscopia com biópsia transbrônquica com acompanhamento radiocópico | <b>4.02.02.05-4</b> | R\$ 2.878,95 |
| Ecoendoscopia com punção por agulha                                    | <b>4.02.02.24-0</b> | R\$ 2.878,95 |

#### 19.4 REGRAS PARA A APLICAÇÃO DOS PACOTES

01) Para pacotes deverá ser solicitado apenas o código principal.

02) Os Honorários incluem toda a equipe Cirúrgica: Cirurgião e Assistentes;

03) Será suficiente solicitar o código do grupo do maior procedimento, exceto nas exceções listadas nos Sub-itens "a,b,c,d,e,f" do item 08.

04) Os honorários são independentes se realizados por Vídeo ou por modo Convencional.

05) Os honorários são independentes do plano e/ou acomodação do paciente.

06) Os honorários terão acréscimo de 30% conforme orientação do item 02 das instruções gerais da CBHPM 2016.

07) Estão inclusas as visitas do cirurgião durante 10(dez) dias após o ato cirúrgico. Caso o paciente permaneça além deste tempo, serão cobrados honorários relativos a 01 visita hospitalar por dia.

08) Estão inclusos no procedimento de cada grupo, a Equipe Cirúrgica, Acessos venosos centrais, dissecação de artéria radial, Toracostomia com Drenagem fechada e reoperações por sangramento nas primeiras 24 horas, retirada de drenos torácicos, sendo cobrados apenas 01 procedimento do grupo, havendo as seguintes exceções:

- Procedimentos do Grupo 1 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 1 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parede, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento**

**Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 1 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que podem, eventualmente, se enquadrar nesta observação são: Lobectomia, Pneumectomia, Segmentectomia, Metastasectomia,** uma vez que os outros do grupo 1 não necessitam destes procedimentos adicionais.

- Procedimentos do Grupo 2 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a Solicitação deverá conter o Código do Grupo 2 + o código do procedimento adicional a ser realizado, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parede, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 2 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor de Mediastino,** uma vez que os outros do grupo 2 não necessitam destes procedimentos adicionais.

- Procedimentos do Grupo 3 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a Solicitação deverá conter o Código do Grupo 3 + o código do procedimento adicional a ser realizado, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parede, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 3 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor da Pleura,** uma vez que os outros do grupo 3 não necessitam destes procedimentos adicionais.

- No Grupo 5, quando for realizada a Esternectomia e/ou Toracectomia (Ressecção de Parede Torácica), nos casos que necessitem de Reconstrução da Parede Torácica e/ou Ressecção do Diafragma, a Solicitação deverá conter o Código do Grupo 5 como procedimento principal + o código do procedimento adicional a ser realizado, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Reconstrução da Parede ou pós-esternectomia, como a Reconstrução do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção Diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 5 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que podem, eventualmente, se enquadrar nesta observação são: Esternectomia e Toracectomia,** uma vez que os outros do grupo 5 não necessitam destes procedimentos adicionais.

- Procedimentos do Grupo 6 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5), a Solicitação deverá conter o Código do Grupo 6 + o código do procedimento adicional a ser realizado, portanto Código do Grupo 5. **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 6 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor Diafragmático,** uma vez que os outros do grupo 6 não necessitam destes procedimentos adicionais.

- **Procedimentos Bilaterais serão acrescidos de 70 % do valor do procedimento maior, exceto nas Simpatectomias que serão cobradas apenas o valor relativo ao Grupo 04.**

- **Quando os procedimentos Endoscópicos** (Grupos 10 a 14) estiverem Associados a procedimentos principais (Grupos 1 a 8), apenas 50% do valor será acrescido ao valor do procedimento principal.

09) Casos pré-autorizados não são passíveis de glosa, a menos que o procedimento tenha sido modificado para maior valor em honorários, devido a achados intraoperatórios. Neste caso, a equipe deve comunicar dentro de 02 (dois) dias úteis ao convênio, para que o auditor médico venha constatar, junto com o cirurgião a necessidade da modificação (Exemplo: constatação de invasão de parede necessitando ressecção da mesma, concomitante à cirurgia planejada).

10) Procedimentos realizados em ocasião diferente do ato cirúrgico inicial (EXEMPLOS, Implante de Cateter Venoso Central realizado no 5º dia pós-operatório, toracotomia colocada no 2º pós-operatório) são novos atos cirúrgicos independentes do original e terão cobrança em separado do procedimento inicial, após solicitação/justificativa ao convênio, devendo o auditor se comunicar com a equipe cirúrgica para rever a indicação caso haja dúvida.

#### 19.5. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE ELETROFISIOLOGIA - ANEXO IV

| PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                                                                                                             | CÓDIGO       | VALOR (R\$)   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Estudo Eletrofisiológico - Mapeamento Eletroeletrônico Tridimensional - Do sistema de Condução Com Ou Sem Ação Farmacológica                                                                                                                              | 3.09.11.11-7 | R\$ 3.133,70  |
| Mapeamento de Feixes Anômalos e Focos Ectópicos Por Eletro-fisiologia Intracavitária, Com Provas                                                                                                                                                          | 3.09.11.15-0 | R\$ 3.354,33  |
| Mapeamento eletro-anatômico tridimensional                                                                                                                                                                                                                | 3.09.18.03-0 | R\$ 3.972,42  |
| Avaliação do limiar de desfibrilação ventricular                                                                                                                                                                                                          | 3.09.18.04-9 | R\$ 942,39    |
| Punção saco pericárdico com introdução de cateter multipolar no espaço pericárdico                                                                                                                                                                        | 3.09.12.15-6 | R\$ 1.265,41  |
| Punção transeptal com introdução de cateter multipolar nas câmaras esquerdas e/ou veias pulmonares                                                                                                                                                        | 3.09.12.16-4 | R\$ 1.279,70  |
| Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência                                                                                                                                                                                          | 3.09.12.01-6 | R\$ 7.581,04  |
| Ablação Percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (Fibrilação Atrial, Taquicardia Ventricular, com modificação de cicatriz, Taquicardia Atriais Macroentrantes com modificação de Cicatriz) por energia de radiofrequência. | 3.09.18.08-1 | R\$ 11.566,35 |

**19.6. HONORÁRIOS DE SERVIÇO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL - ANEXO V**

| PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                | CÓDIGO   | VALOR (R\$)   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| Implante de marca passo bicameral (gerador + eletrodo atrial e ventricular                                                                                   | 30904145 | R\$ 6.810,87  |
| Implante de marca passo monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)                                                                               | 30904137 | R\$ 5.394,32  |
| Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos.                                                                                                       | 30904021 | R\$ 15.790,51 |
| Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio                                                                                                      | 30904064 | R\$ 16.302,55 |
| Troca de gerador                                                                                                                                             | 30904129 | R\$ 5.394,32  |
| Recolocação de eletrodo /gerador com ou sem troca de unidades                                                                                                | 30904102 | R\$ 5.394,20  |
| Retirada do sistema (não aplicável na troca de gerador)                                                                                                      | 30904110 | R\$ 4.822,11  |
| Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca passo ou sincronizador ou desfibrilador)                                                        | 20101201 | R\$ 467,41    |
| Implante de eletrodo atrial                                                                                                                                  | 30904030 | R\$ 1.906,74  |
| Implante de eletrodo ventricular                                                                                                                             | 30904056 | R\$ 1.907,04  |
| Implante de eletrodo atrial e ventricular                                                                                                                    | 30904048 | R\$ 2.097,75  |
| Implante de marca passo                                                                                                                                      | 30904080 | R\$ 1.361,25  |
| Implante de marca passo temporário a beira do leito                                                                                                          | 30904099 | R\$ 1.361,25  |
| Implante de marca passo temporário epimiocárdico                                                                                                             | 30904080 | R\$ 1.789,19  |
| Manutenção de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada - período de 6 horas                                                                | 30913055 | R\$ 3.299,82  |
| Implante de cardiodesfibrilador multissítio – TRC-D<br><b>Obs.: Autorizado apenas para casos de urgência ou da impossibilidade de evacuação do paciente.</b> | 30904161 | R\$ 27.289,50 |

**20. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE PEDIATRIA**

| PROCEDIMENTO                            | CÓDIGO       | VALOR PACOTE (R\$) |
|-----------------------------------------|--------------|--------------------|
| Consulta em Consultório                 | 1.01.01.01-2 | R\$ 184,86         |
| Consulta de Puericultura + Teste Denver | -----        | R\$ 280,64         |

|                                                                             |              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Consulta de Subespecialidade Pediátrica (Retorno após 30 dias)              | -----        | R\$ 406,46 |
| ECG – Eletrocardiograma                                                     | 1.01.03.01-5 | R\$ 40,42  |
| Atendimento ao Familiar do Adolescente                                      | 1.01.06.03-0 | R\$ 46,20  |
| Recém nascido em berçário (enf)                                             | 1.01.03.01-5 | R\$ 358,62 |
| Recém nascido em berçário (apt)                                             | 1.01.03.01-5 | R\$ 717,22 |
| Recém nascido em sala de parto ou operatório de baixo risco (enf - eletivo) | 1.01.03.02-3 | R\$ 527,73 |
| Recém nascido em sala de parto ou operatório de baixo risco (enf - urg)     | 1.01.03.02-3 | R\$ 686,23 |
| Recém nascido em sala de parto ou operatório de alto risco (enf - eletivo)  | 1.01.03.03-1 | R\$ 613,68 |
| Recém nascido em sala de parto ou operatório de alto risco (enf - urg.)     | 1.01.03.03-1 | R\$ 797,81 |
| Visita hospitalar a paciente internado (enf)                                | 1.01.02.01-9 | R\$ 131,20 |
| Visita hospitalar a paciente internado (apt)                                | 1.01.02.01-9 | R\$ 262,38 |

## 21. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

| PROCEDIMENTO                                                                           | CÓDIGO       | VALOR (R\$) |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| Consulta em consultório com 30 dias de intervalo - ginecologia                         | 10.10.10.12  | R\$ 132,00  |
| Consulta em consultório com 15 dias de intervalo - obstetrícia                         | 10.10.10.12  | R\$ 132,00  |
| Colpoplastia posterior com perineorrafia                                               | 3.13.02.05-0 | R\$ 598,67  |
| Curetagem ginecológica semiótica e/ou terapêutica com ou sem dilatação do colo uterino | 3.13.03.05-6 | R\$ 247,14  |

|                                                                       |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral – qualquer via   | 3.13.03.12-9 | R\$ 1.163,25 |
| Parto - via vaginal                                                   | 3.13.09.12-7 | R\$ 850,61   |
| Marsupialização da glândula de bartholin                              | 3.13.01.11-8 | R\$ 210,43   |
| Curetagem pós abortamento                                             | 3.13.09.06-2 | R\$ 250,44   |
| Cesariana – feto único ou múltiplo                                    | 3.13.09.05-4 | R\$ 801,70   |
| Vulvoscopia                                                           | 4.13.01.37-4 | R\$ 50,57    |
| Assistência ao trabalho de parto, por hora – até o limite de 06 horas | 3.13.09.03.8 | R\$ 210,44   |
| Mastectomia radical ou radical modificada – qualquer técnica          | 3.06.02.14-9 | R\$ 1.267,04 |
| Mastectomia simples                                                   | 3.06.02.15-7 | R\$ 903,95   |

## 22. HONORÁRIOS DE OFTALMOLOGIA PARA CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA INFANTIL.

| PROCEDIMENTO                                                         | CÓDIGO       | VALOR (R\$)  |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE (APARTAMENTO) | 3.03.06.02-7 | R\$ 4.500,00 |
| FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE (ENFERMARIA)  | 3.03.06.02-7 | R\$ 2.562,20 |

## 23. PACOTES DIVERSOS

### 1. PACOTES DE SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E/OU HEMOTERAPIA

| PRODUTO / SERVIÇO                  | CÓDIGO       | QUANT | VALOR (R\$) |
|------------------------------------|--------------|-------|-------------|
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS            | 4.04.02.04-5 | 01    | R\$ 965,78  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS    | 4.04.02.05-3 | 01    | R\$ 986,59  |
| PLASMA FRESCO                      | 4.04.02.09-6 | 01    | R\$ 927,45  |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS           | 4.04.02.07-0 | 01    | R\$ 936,46  |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS (AFÉRESE) | 4.04.02.06-1 | 01    | R\$ 905,89  |
| CRIOPRECIPITADO                    | 4.04.02.08-8 | 01    | R\$ 929,96  |

|                                                                                             |                              |    |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----|--------------|
| SANGUE TOTAL                                                                                | 4.04.02.10-0                 | 01 | R\$ 956,28   |
| PROVA DE COMPATIBILIDADE                                                                    | 4.04.03.40-8                 | 01 | R\$ 15,59    |
| SANGRIA TERAPÊUTICA                                                                         | 4.04.02.03-7                 | 01 | R\$ 70,67    |
| PLASMAFÉRESE - PACOTE (POR SESSÃO)                                                          | 3.09.09.13-9                 | 01 | R\$ 3.689,48 |
| MIELOGRAMA - PACOTE                                                                         | 4.03.04.48-5<br>4.03.04.89-2 | 01 | R\$ 307,44   |
| COLETA DE CÉLULAS TRÔNCO PARA TMO                                                           | -                            | 01 | R\$ 7.133,02 |
| <b>FILTRO</b> PARA REMOÇÃO LEUCÓCITOS P/ 1 UNIDADE HEMÁCIA PALL (IN LINE)***                | -                            | 01 | R\$ 464,97   |
| <b>FILTRO</b> PARA REMOÇÃO LEUCÓCITOS PLAQUETAS RANDÔMICAS***                               | -                            | 01 | R\$ 562,85   |
| <b>DELEUCOTIZAÇÃO</b> DE UNIDADE DE CONC. DE HEMÁCIAS                                       | 4.04.02.11-8                 | 01 | R\$ 254,66   |
| <b>DELEUCOTIZAÇÃO</b> DE UNIDADE DE CONC. DE PLAQUETAS                                      | 4.04.02.12-6                 | 01 | R\$ 298,94   |
| <b>IRRADIAÇÃO</b>                                                                           | 4.04.02.13-4                 | 01 | R\$ 46,74    |
| <b>KIT DE PLAQUETAFÉRESE</b>                                                                |                              | 01 | R\$ 5.172,52 |
| *** 01 (um) <b>Filtro</b> para cada Unidade de Hemácias ou 07 (sete) Unidades de Plaquetas. |                              |    |              |
| Obs: Sempre que usar o Filtro, cobrar a Tx de Deleucotização pela Filtragem.                |                              |    |              |

## 2. PACOTES DE UROLOGIA

| CÓDIGO              | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALOR      |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>4.13.01.3.40</b> | Estudo Urodinâmico (Urodinâmica Completa)<br><br><b>Inclui:</b><br>Honorários médicos<br>Materiais: 02 (dois) frascos de soro fisiológico; 01 (uma) tubo xilocaína geléia; 02(dois) pacotes de gaze estéril; 02(dois) pares de luvas estéreis; 01 (uma) seringa 20ml; 01(uma) sonda uretral nº 08; 01(uma) sonda uretral nº 06; 01 (um) equipo macrogotas S/l; esparadrapo, micropore, 01(um) cateter urodinâmica (cistometria - 2 vias 40 cm ch 07 395751074010) SIMPRO 69 pag 15; 01(um) cateter balão retal | R\$ 815,85 |
| <b>3.12.06.0.34</b> | Biópsia peniana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | R\$ 253,80 |

|              |                                  |            |
|--------------|----------------------------------|------------|
| 4.13.01.35-8 | Urofluxometria                   | R\$ 131,38 |
| 6.00.23.38-4 | Taxa de sala                     | R\$ 29,70  |
| 4.13.01.28-5 | Peniscopia                       | R\$ 173,54 |
| 6.00.23.38-4 | Taxa de Sala                     | R\$ 29,70  |
| 3.12.06.05-0 | Eletrocoagulação                 | R\$ 80,57  |
| 6.00.25.56-5 | Taxa de bisturi bipolar elétrico | R\$ 29,70  |

### 3. HONORÁRIOS DE PSIQUIATRIA INFANTIL

|                                         |            |
|-----------------------------------------|------------|
| Consulta com Psiquiatra Infanto-Juvenil | R\$ 315,00 |
|-----------------------------------------|------------|

### 4. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

| DESCRIÇÃO                                    | VALOR        |
|----------------------------------------------|--------------|
| Avaliação neuropsicológica (até 10 sessões). | R\$ 1.200,00 |

### 5. PACOTES DE PSIQUIATRIA

| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | VALOR PACOTE (R\$) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Pacote de avaliação psicológica</b><br><br><b>Inclui:</b> 5 a 6 encontros onde estão inclusas avaliações psicognitiva, neuropsicológica, bariátrica, perfil psicológico, avaliação laboral e psicodiagnóstico; aplicação de testes e elaboração de laudos.                                                                                                                               | R\$ 472,50         |
| <b>Day Clinic Psiquiatria (Diária Psiquiatria - 08:00hs às 15:00hs)</b><br><b>Pacote de Psiquiatria modalidade Hospital Dia</b><br><br><b>Inclui:</b> 01 consulta psiquiátrica/mês, 04 consultas psicológicas/mês, 04 refeições ao dia, atividades semanais, atividades em grupo, grupo de assembleia, grupo de recuperação e prevenção e recaída, grupo de reflexão, grupo de avaliação de | R\$ 168,00         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| projeto terapêutico, grupo de medicação, encontro familiar, práticas integrativas complementares de saúde (PICS), yoga, reiki, biodança, musicoterapia, arteterapia, terapia comunitária e pilates, atendimento à família quinzenalmente, reavaliação do projeto de tratamento do paciente, para avaliação de alta e ou continuidade do processo a cada 3 meses.                                                                                                                                                                                    |            |
| <b>Diária de Internamento Psiquiatria (24hs)</b><br><br><b>Inclui:</b> Assistência psiquiátrica, assistência psicológica, assistência terapêutica ocupacional, assistência nutricional, assistência em serviço social, educador físico, assistência medicamentosa, 05 refeições diárias.                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 210,00 |
| <b>Pacote de Psiquiatria com Internação Enfermaria (diária)</b><br><br><b>Inclui:</b> mão de obra especializada, honorário da equipe terapêutica, médicos psiquiatras, clínico, psicólogo, enfermeiros, assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física. Atividades de musculação, acompanhamento do personal trainer, práticas integrativas complementares de saúde (PICS), yoga, reiki, biodança, musicoterapia, arteterapia e terapia comunitária. Serviço de hotelaria com 5 refeições diárias. | R\$ 395,10 |
| <b>Pacote de Psiquiatria com Internação Apartamento</b><br><br><b>Inclui:</b> mão de obra especializada, honorário da equipe terapêutica, médicos psiquiatras, clínico, psicólogo, enfermeiros, assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física. Atividades de musculação, acompanhamento do personal trainer, práticas integrativas complementares de saúde (PICS), yoga, reiki, biodança, musicoterapia, arteterapia e terapia comunitária. Serviço de hotelaria com 5 refeições diárias.         | R\$ 444,15 |

## 6. PACOTES DE EXAMES TOXICOLÓGICOS

| -       | DESCRIÇÃO                                                                                                                                      | VALOR (R\$) |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| INCLUSO | 1)Pesquisa de Drogas de Abuso                                                                                                                  | R\$ 100,00  |
|         | Metanfetamina, Opiáceos, Canabinóides, Anfetaminas, Barbitúricos, Ecstasy, Cocaína, Metadona, Antidepressivos Tricíclicos e Benzodiazepínicos. |             |
|         | 2)Etanol                                                                                                                                       |             |
|         | Obs.: Exame de etanol realizado através do material urina                                                                                      |             |

## 7. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – AMBULATORIAL E HOSPITALAR

| <b>7.1. PACOTES DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - AMBULATORIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VALOR PACOTE (R\$)</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Implante por punção de cateter para hemodepuração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 865,86                |
| Acesso venoso para hemodiálise (confeção de fístula arteriovenosa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 1.566,39              |
| <b>Hemodepuração de casos agudos</b> (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) <b>até 04 horas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 919,17                |
| <b>Hemodepuração de casos agudos</b> (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) <b>até 12 horas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 1.122,13              |
| Hemodiálise crônica (por sessão) <b>sem medicamentos especiais *</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 587,23                |
| Hemodiálise crônica (por sessão) <b>com medicamentos especiais *</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 644,14                |
| Hemodiálise crônica (por sessão) <b>pacientes especiais – HIV com medicamentos especiais *</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 946,36                |
| Implante de cateter peritoneal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 1.443,76              |
| Diálise peritoneal automática hospitalar <b>por sessão de 12 horas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | R\$ 961,67                |
| Diálise peritoneal automática ( <b>pacientes crônicos em treinamento/09 dias</b> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 3.012,60              |
| Diálise peritoneal automática ( <b>pacientes crônicos/manutenção - 30 dias - sessões domiciliares diárias de até 12 horas</b> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 10.118,07             |
| <b>Obs.:</b> medicamentos especiais: Eritropoetina Humana, Calcitriol, Composto de Ferro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| <b>Hemodiálise Domiciliar – por sessão</b><br><br><b>Inclui:</b> serviços médicos (honorários médicos); serviços de enfermagem; equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), medicamentos, locomoção do material e equipe. Montagem e infraestrutura para realização do procedimento no domicílio do paciente e visitas médicas necessárias.<br><b>Exclui:</b> Outros medicamentos serão cobrados à parte (analgésicos, eritropoetina, quelante de fósforo e outros)<br>*Segue arquivo em anexo com a justificativa – não trata-se de hemodiálise peritoneal. | R\$ 1.250,00              |
| <b>PACOTE - SESSÃO DE HEMODIÁLISE AMBULATORIO - HDF 30909155 – HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE HDF OL</b><br><br><b>Itens inclusos no pacote:</b> Honorários Médicos, taxas de sala e equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.<br><b>Itens excluídos do pacote:</b> cateter para hemodiálise (instalação e retirada)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | R\$ 850,00                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |

| <b>7.2. PACOTES DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - HOSPITALAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>VALOR PACOTE (R\$)</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Implante por punção de cateter para hemodepuração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 865,86                |
| Acesso venoso para hemodiálise (confeção de fístula arteriovenosa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 1.566,39              |
| <b>Hemodiálise Convencional 04h (3.09.09.13-9) ou Hemodiálise Estendida até 12h (3.09.09.14-7)</b><br>(Paciente em UTI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 1.695,38              |
| <b>Hemodiálise contínua por 12 horas – Prismaflex</b> (Paciente em UTI)<br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos, taxa de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos inerentes ao procedimento, kit Prismaflex, bolsa de drenagem p/ hemodiálise alto fluxo, distribuidor torneira de alto fluxo, tubo extensor Prismatherm FC, solução de citrato de sódio 4% (conforme prescrição médica), solução eletrolítica p/ diálise manipulada TSR (sódio 0,57 – 0,82%).<br><br><b>Não inclusos:</b> taxa de remoção, medicação especial, intercorrências, sangue e hemoderivados, manta térmica. | R\$ 4.117,35              |
| <b>Hemodepuração de casos agudos/crônicos</b> (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) <b>até 04 horas</b><br>(Paciente em enfermaria/apartamento)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 919,17                |
| <b>Hemodepuração de casos agudos/crônicos</b> (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) <b>até 12 horas</b><br>(Paciente em enfermaria/apartamento)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 1.122,13              |

**Incluir-se ainda no valor do pacote os seguintes itens:**

- a. Honorários médicos;
- b. Todos os materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento;
- c. Taxa de sala;
- d. Taxas de equipamentos;
- e. Serviços de enfermagem;
- f. kit prisma.

**Serão excluídos dos valores de pacote:**

- a. cateter duplo ou triplo lúmen para hemodiálise;
- b. Medicamentos de alto custo;
- c. Honorários de anestesista (caso necessário)
- d. Materiais e medicamentos para anestesia.

**8. PACOTE DE PET SCAN**

| PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALOR (R\$)  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Pet Scan</b><br><br><b>Incluso:</b> honorários médicos, taxa de sala, taxas de equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, insumo radioativo inerente ao procedimento, filme.<br><b>Excluso:</b> honorários do anestesista, diárias de internação, intercorrências, material e medicamento para anestesia. | R\$ 5.799,84 |

## 9. PACOTES PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICOS

| PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                 | CÓDIGO       | VALOR (R\$)   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Radioterapia Conformada Tridimensional RCT-3D.<br>Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.                      | 4.12.03.06-2 | R\$ 17.298,39 |
| Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe IMRT.<br>Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.            | 4.12.03.05-4 | R\$ 22.240,78 |
| Megavoltagem – Acelerador Linear – Fótons ou Elétrons (6-10Mv)                                                                                                                                                                                                                | 4.12.03.07-0 | R\$ 87,10     |
| Betaterapia de Contato (Placa de Estrôncio)                                                                                                                                                                                                                                   | 4.12.03.01-1 | R\$ 36,47     |
| Cheque-filme                                                                                                                                                                                                                                                                  | 4.12.04.02-6 | R\$ 49,78     |
| Roentgenterapia (Ortovoltagem)                                                                                                                                                                                                                                                | 4.12.03.15-1 | R\$ 36,47     |
| Máscara ou Bloco Colimação (Por Campo irradiado)                                                                                                                                                                                                                              | 4.12.04.01-8 | R\$ 302,82    |
| Simulação de Tratamento - Complexa                                                                                                                                                                                                                                            | 4.12.04.06-3 | R\$ 385,39    |
| Planejamento Técnico Computadorizado Simples – não 3D                                                                                                                                                                                                                         | 4.12.04.05-0 | R\$ 279,94    |
| Planejamento Técnico Computadorizado Complexo – não 3D                                                                                                                                                                                                                        | 4.12.04.03-4 | R\$ 437,26    |
| Planejamento Computadorizado Tridimensional por Região Anatômica                                                                                                                                                                                                              | 4.12.04.04-2 | R\$ 1.633,72  |
| Radioterapia Estereotáxica fracionada – 1ª aplicação                                                                                                                                                                                                                          | 4.12.03.13-5 | R\$ 9.959,81  |
| Radioterapia Estereotáxica fracionada – (pós aplicação subsequente)                                                                                                                                                                                                           | 4.12.03.13-5 | R\$ 526,67    |
| Radiocirurgia – nível I: Lesão única e/ou um isocentro.<br>Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.              | 4.12.03.02-0 | R\$ 12.597,57 |
| Radiocirurgia – nível II: Duas lesões e/ou dois a quatro isocentros.<br>Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal. | 4.12.03.03-8 | R\$ 14.768,42 |
| Radiocirurgia – nível III: Três lesões e/ou mais de quatro                                                                                                                                                                                                                    |              |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| isocentros.<br>Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4.12.03.04-6 | R\$ 17.107,11 |
| Simulação de Braquiterapia – por inserção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4.12.06.07-0 | R\$ 385,39    |
| Planejamento Braquiterápico Computadorizado Simples (por inserção) – até 4 fontes /posições ou caracteres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4.12.06.04-5 | R\$ 256,92    |
| Planejamento Braquiterápico Computadorizado Intermediário (por inserção) – de 5-9 fontes /posições ou caracteres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4.12.06.05-3 | R\$ 2.095,49  |
| Braquiterapia permanente de Próstata com Fontes radioativas em procedimento único. A valorização inclui porte médico referente a: estudo de volume, pré-planejamento, simulação, inserção intersticial das fontes radioativas, avaliação dosimétrica pós-implante – cuidados médicos                                                                                                                                                                                                            | 4.12.05.05-7 | R\$ 10.418,51 |
| Pacote de Braquiterapia intracavitária de alta dose (BATD) – 5 sessões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | R\$ 10.866,50 |
| Pacote de Braquiterapia por moldagem ou contato, de alta dose (BATD) – 5 sessões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              | R\$ 10.866,50 |
| Pacote para Braquiterapia de Próstata de Alta taxa de dose (IRIDIUM 192) Exclusivo.<br>Inclui: 01 diária Day Hospital; Materiais inerentes ao procedimento (incluindo as sementes de IODO 125); Medicamentos inerentes ao procedimento; Taxa de sala e equipamento inerentes ao procedimento.<br>Exclui: Itens excluídos na composição do pacote: Honorários do anestesiológista; Medicamentos de alto custo; Materiais e Medicamentos para sedação; Broncoscopia; Endoscopia; Exame de imagem. |              | R\$ 20.387,38 |

#### 10. PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

| PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>3.4.1.</b><br><b>Transplante de Medula Óssea Autólogo</b><br><br><b>*Para o procedimento de coleta está incluso:</b><br><b>1. Honorários médicos para a coleta de CTHP e TMO Autólogo</b><br><b>Procedimento:</b> Acompanhamento e planejamento da quimioterapia de mobilização e coleta de CTH e do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) autólogo. |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <p><b>Procedimentos Realizados pela equipe médica:</b> Avaliação clínica e de exames que antecedem a quimioterapia de mobilização para coleta; Colocação, manipulação e retirada de cateter venoso central; Planejamento e administração da quimioterapia de mobilização para coleta de CTHP; Visita diária do médico hematologista durante a internação para quimioterapia de mobilização e estimulação com G-CSF; Visita do médico hematologista e hemoterapia durante o procedimento de coleta; Avaliação clínica e de exames que antecedem o TCTH autólogo; Planejamento e administração da quimioterapia de condicionamento; Descongelamento e infusão das Células-Tronco Hematopoiéticas; Acompanhamento, visita e orientação da equipe médica especializada e multidisciplinar por um período de 60 dias.</p> <p><b>2. Pacote de despesas para Coleta e Criopreservação de Células-Tronco Hematopoiéticas Periférica coletadas por aférese (CTHP)</b> – Coleta, contagem de células e congelamento de medula óssea.</p> <p><b>3. Pacote de despesas hospitalares para quimioterapia de mobilização, estimulação com G-CSF para coleta de Células-Tronco Hematopoiéticas Periférica (CTHP)</b></p> <p><b>4. Quimioterapia de Mobilização para coleta de CTHP</b> – Aracytin 400mg/m<sup>2</sup> – EV – 12/12h – D1 e D2 / GCSF – 1FA – SC – 12/12h – 10 dias</p> <p><b>5. Despesas Hospitalares</b><br/> <b>Incluso:</b> até 20 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais.<br/> <b>Não incluso:</b> Intercorrências; medicações de alto custo de uso não rotineiro; hemoterapia; Honorário médico de anestesista; Despesas com acompanhante.</p> <p><b>*Pacote de despesas hospitalares para Transplante de Medula óssea Autólogo</b><br/> <b>Incluso:</b> até 30 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais; quimioterapia de condicionamento; Descongelamento e infusão de CTHP.<br/> <b>Não incluso:</b> Intercorrências fora da rotina do TMO autólogo, medicações de alto custo de uso não rotineiro, diárias de UTI, procedimentos invasivos não programados, hemoterapia; Laserterapia; Radioterapia; Honorário médico de anestesista; Despesas com acompanhante</p> | <p>R\$ 174.142,50</p> |
| <p><b>3.4.2.</b><br/> <b>Transplante de Medula Óssea alogênico aparentado</b></p> <p><b>Incluso:</b> até 30 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais, quimioterapia de condicionamento, Colocação, manipulação de cateter venoso central, visita de médico hematologista e/ou hemoterapeuta durante o procedimento de coleta</p> <p><b>Não incluso:</b> Intercorrências, medicações de alto custo de uso não rotineiro, diárias de UTI, despesa com acompanhante, procedimentos invasivos, hemotransfusões, hemoderivados, PCR para CMV e PCR para BK vírus.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>R\$ 231.057,01</p> |
| <p><b>3.4.3.</b><br/> <b>Transplante de Medula Óssea alogênico não aparentado</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <p><b>Incluso:</b> até 40 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais, quimioterapia de condicionamento, Colocação, manipulação de cateter venoso central, vista de médico hematologista e/ou hemoterapeuta durante o procedimento de coleta</p> <p><b>Não incluso:</b> Intercorrências, medicações de alto custo de uso não rotineiro, diárias de UTI, despesa com acompanhante, procedimentos invasivos, hemotransfusões, hemoderivados, PCR para CMV e PCR para BK vírus.</p> | R\$ 234.146,02 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|

#### 11. PACOTE DE OBSTETRÍCIA (PARTO)

| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR PACOTE (R\$) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <p><b>Parto Normal/ Cesáreo</b></p> <p><b>Inclui:</b> Taxas de sala e de equipamento utilizado no bloco cirúrgico e no berçário; Medicamentos e materiais descartáveis utilizados no bloco cirúrgico, berçário e na ala; Gases; 02 diárias de apartamento ou enfermaria.</p> <p><b>Exclui:</b> Honorários (obstetras e anestesistas); medicamentos de alto custo (Partanogama, Matergan, etc.), Intercorrência; Despesa com acompanhante; Sangue e/ou hemoderivados; óxido nítrico; incubadora, oxigenioterapia e fototerapia; Investigação Diagnóstica, Laboratorial e Radiológica (imagem)</p> | R\$ 7.203,52       |

#### 12. PACOTES DE VIDEODEGLUTOGRAMA

|                                                                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Incluso:</b> Taxa de sala; honorários médicos de radiologista e Fonoaudiologia; Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. | R\$ 803,14 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|

#### 13. PACOTES DE ELETROENCEFALOGRAMA À BEIRA DO LEITO

|                                               |                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Exame de eletroencefalograma a Beira do leito | R\$ 617,79 até 02 horas de exame e R\$ 123,55 por hora subsequente * |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

\* Com autorização do médico auditor in loco

#### 14. PACOTE DE PROSTATECTOMIA REALIZADO POR ROBÓTICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p><b>Inclui:</b> 01 Diária de UTI; 02 Diárias de Apartamento ou enfermaria; TODOS os OPMEs; Taxas de Sala e equipamento em centro cirúrgico inerente a realização dos procedimentos; Materiais descartáveis/ Fios cirúrgicos e Medicamentos: Todos os descartáveis, materiais especiais e medicamentos inerentes a realização do procedimento; Gases medicinais; Raio-X; Fisioterapia respiratória.</p> <p><b>Exclui:</b> Honorários médicos; Sangue e hemoderivados; Exames de Imagem (Exceto Raio-X); Exames laboratoriais.</p> | R\$ 28.418,77 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

#### 15. PACOTE DE HONORÁRIOS PARA CIRURGIA DE PROSTATECTOMIA COM ASSISTÊNCIA ROBÓTICA

|                                                                                                                                                                                                                |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p><b>Pacote de honorários para cirurgia de prostatectomia com assistência robótica.</b></p> <p><b>Inclusões:</b> Honorários do cirurgião, 1º auxiliar e 2º auxiliar.</p> <p><b>Exclusões:</b> Anestesista</p> | R\$ 12.840,00 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

#### 16. PACOTE DE GASTROPLASTIA POR VIDEO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p><b>Inclui:</b> 02 diárias de enfermaria/apartamento; 01 diária de UTI; Taxa e Equipamento; Todos os materiais especiais e medicamentos inerentes ao procedimento; Honorários médicos (exceto anestesista).</p> <p><b>Exclui:</b> Hemoderivados, Hemocomponentes e sangue; Despesas com acompanhantes; Intercorrências.</p> | R\$ 27.800,97 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

#### 17. PACOTE DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p><b>Inclui:</b> 05 diárias de enfermaria/apartamento; 02 diárias de UTI; Taxa de sala e Equipamentos; Todos os materiais especiais e medicamentos inerentes ao procedimento; SADT complementares; Gasoterapia.</p> <p><b>Exclui:</b> Honorários Médicos; Anestesiologista; Enxertos; Próteses; Órteses; Adesivos Biológicos; Válvula; Intercorrência; Despesas com acompanhantes; Hemoderivado; Hemocomponente; Sangue.</p> <p><b><u>Obs.: Para cirurgias com CEC e sem CEC.</u></b></p> | R\$ 27.630,61 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

## 18. PACOTES DE IODOTERAPIA AMBULATORIAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>PACOTE DE IODOTERAPIA AMBULATORIAL (CA DE TIREÓIDE)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ 11.319,38 |
| <b>IODOTERAPIA AMBULATORIAL (HIPERTIREOIDISMO/DOENÇAS GRAVES)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 1.939,06  |
| <b>OS PACOTES INCLUEM:</b><br>- Honorários médicos (durante procedimento ambulatorial);<br>- Materiais;<br>- Medicamentos (inclusive Thyrogen);<br>- Exames laboratoriais pré e pós procedimento, quando necessário;<br>- Cintilografia pré e pós procedimento, quando necessário.<br><br><b>OS PACOTES EXCLUEM:</b><br>- Intercorrências ou complicações durante o procedimento;<br>- Medicamentos de uso habitual do paciente ou não relacionado ao procedimento;<br>- Internação hospitalar;<br>- Acompanhamento com outros especialistas. |               |

## 19. PACOTES DE PROCEDIMENTOS DE RX

| DESCRIÇÃO                                                                                              | CÓDIGO   | VALOR      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| RX coluna total para escoliose (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)          | 40802094 | R\$ 178,50 |
| RX panorâmico dos membros inferiores (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)    | 40804127 | R\$ 178,50 |
| USG doppler peniano com fármaco indução (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade) | 40901440 | R\$ 577,50 |
| USG para pesquisa de endometriose (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)       | 40901858 | R\$ 420,00 |
| Dacriocistografia (por olho) (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)            | 40809080 | R\$ 840,00 |

## 20. PACOTES DE MAMOTOMIAS

| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓDIGO   | VALOR        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|
| <b>20.1. PACOTE MAMOTOMIA POR ULTRASSONOGRAFIA</b><br>(independente da quantidade de nódulos)<br><br><b>Inclusões:</b> honorários médicos, taxas, materiais e medicamentos.<br><b>Exclusões:</b> Anatomopatológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40808297 | R\$ 3.300,00 |
| <b>20.2. PACOTE MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA</b><br>(independente da quantidade de nódulos)<br><br><b>Inclusões:</b> Exame de base, Honorários médicos, taxas, materiais e medicamentos:<br>- Aparelho identificação local biopsia trimark 09GA (168550)<br>- Dispositivo p/biópsia mamária atec 12GA (325522);<br>- Guia agulha atec fisher 9GA (325524);<br>- Material mamotomia por RX/US (5774);<br>- Recipiente c/tampa atec (325530);<br>- Xylestesin 2% c/vaso 20ml (90048598);<br>- Porte;<br>- UCO.<br><b>Exclusões:</b> Anatomopatológico                                                  | 40808289 | R\$ 3.600,00 |
| <b>20.3. PACOTE MAMOTOMIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b><br>(independente da quantidade de nódulos)<br><br><b>Inclusões:</b> Exame de base, Honorários médicos, taxas, materiais e medicamentos:<br>- Aparelho identificação local biopsia trimark 09GA (168549)<br>- Dispositivo p/biópsia mamária atec 12GA (325518);<br>- Extensor tubo a vácuo por RM (258901);<br>- Guia agulha atec lorad 9GA (325526);<br>- Material mamotomia por RM (5776);<br>- Recipiente c/tampa atec (325530);<br>- Xylestesin 2% c/vaso 20ml (90048598);<br>- Porte;<br>- UCO.<br><b>Exclusões:</b> Anatomopatológico | 40808289 | R\$ 4.600,00 |

## 21. PACOTES DE EXAMES

| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                       | CÓDIGO   | VALOR     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| <b>21.1. Teste SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – Teste rápido</b><br>para detecção de antígeno (com diretriz de utilização incluído pela RN Nº478 de 19/01/2022)<br>Internado / pronto socorro / SADT Externo | 40325024 | R\$ 84,00 |
| <b>21.2. Pesquisa rápida para influenza A e B</b> (com diretriz de utilização)                                                                                                                                  | 40323676 | R\$ 84,00 |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## 22. PACOTES DE CIRURGIA REALIZADOS NAS INSTALAÇÕES DO HMAR

### 22.1. PACOTES DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

Compreende a execução dos serviços de: Videohisteroscopia cirúrgica, Laparoscopia ginecológica e Cirurgias minimamente invasivas, em apoio ao Serviço de Ginecologia do Hospital Militar de Área de Recife.

Os valores para o uso de materiais especiais nos procedimentos cirúrgicos supracitados são:

| CIRURGIA GINECOLÓGICA |                                                |              |
|-----------------------|------------------------------------------------|--------------|
| CÓDIGO SIMPRO         | MATERIAL ESPECIAL                              | VALOR        |
| 132247                | Eletrodo Bipolar Versapoint tipo alça circuito | R\$ 1.256,15 |
| 132248                | Eletrodo Spring                                | R\$ 1.360,84 |
| 132249                | Eletrodo Twizzle                               | R\$ 1.360,84 |
| 37993                 | Eletrodo Shaver                                | R\$ 1.196,13 |
| 107928                | Tesoura laparoscópica ultrassônica             | R\$ 1.340,95 |
| 116149                | Manipulador uterino com Balão de Silicone      | R\$ 630,00   |
| 131305                | Mocelador/Triturador uterino ou de miomas      | R\$ 1.966,33 |
| 135170                | Tesoura laparoscópica bipolar                  | R\$ 740,01   |
| -                     | Taxa ressectoscópio                            | R\$ 93,09    |
| -                     | Taxa de bisturi                                | R\$ 65,71    |
| -                     | Taxa de cabo Versapoint                        | R\$ 93,09    |

| DESCRIÇÃO - PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | VALOR        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <p><b>Cirurgia nos anexos uterinos por laparoscopia</b></p> <p><b>Incluso:</b> taxa de vídeo, trocater 11mm descartável para primeira punção, pinça bipolar laparoscópica.</p> <p><b>exclusos:</b> honorários médicos, manipulador uterino descartável com balão (material fornecido pelo HMAR), material descartável/medicamentos.</p> | R\$ 2.700,00 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Cirurgia da endometriose pélvica por laparoscopia</b><br><br><b>Incluso:</b> taxa de vídeo, trocater 11mm descartável para primeira punção, pinça bipolar laparoscópica, pinça ultrassônica).<br><br><b>exclusos:</b> honorários médicos, manipulador uterino descartável com balão (material fornecido pelo HMAR), material descartável/medicamentos.                                            | R\$ 3.000,00 |
| <b>Cirurgia de miomectomia/histerectomia laparoscópica (se necessário associada a anexos uterinos)</b><br><br><b>Incluso:</b> taxa de vídeo, trocater 11mm descartável para primeira punção, pinça bipolar laparoscópica, morcelador de miomas.<br><b>exclusos:</b> honorários médicos, manipulador uterino descartável com balão (material fornecido pelo HMAR), material descartável/medicamentos. | R\$ 3.700,00 |

## ANEXO A

**CBHPM 2016 (com redutor de 20,77% nos portes)**

**UCO - R\$ 11,35**

**Filme Radiológico - R\$ 25,00**

|     |           |     |           |     |           |
|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| 1 A | R\$ 13,77 | 1 B | R\$ 27,53 | 1 C | R\$ 41,31 |
|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|

|      |              |      |              |      |              |
|------|--------------|------|--------------|------|--------------|
| 2 A  | R\$ 55,08    | 2 B  | R\$ 72,61    | 2 C  | R\$ 85,93    |
| 3 A  | R\$ 117,41   | 3 B  | R\$ 150,03   | 3 C  | R\$ 171,86   |
| 4 A  | R\$ 204,54   | 4 B  | R\$ 223,91   | 4 C  | R\$ 252,95   |
| 5 A  | R\$ 272,31   | 5 B  | R\$ 294,10   | 5 C  | R\$ 312,25   |
| 6 A  | R\$ 340,09   | 6 B  | R\$ 373,99   | 6 C  | R\$ 409,08   |
| 7 A  | R\$ 441,77   | 7 B  | R\$ 488,96   | 7 C  | R\$ 578,52   |
| 8 A  | R\$ 624,52   | 8 B  | R\$ 654,78   | 8 C  | R\$ 694,71   |
| 9 A  | R\$ 738,29   | 9 B  | R\$ 807,28   | 9 C  | R\$ 889,56   |
| 10 A | R\$ 954,93   | 10 B | R\$ 1.034,81 | 10 C | R\$ 1.148,57 |
| 11 A | R\$ 1.215,15 | 11 B | R\$ 1.332,55 | 11 C | R\$ 1.462,06 |
| 12 A | R\$ 1.515,30 | 12 B | R\$ 1.629,07 | 12 C | R\$ 1.995,79 |
| 13 A | R\$ 2.196,70 | 13 B | R\$ 2.409,72 | 13 C | R\$ 2.665,09 |
| 14 A | R\$ 2.970,09 | 14 B | R\$ 3.231,53 | 14 C | R\$ 3.564,35 |

## **ANEXO B**

### **CBHPM 2010**

|     |           |     |            |     |            |
|-----|-----------|-----|------------|-----|------------|
| 1 A | R\$11,00  | 1 B | R\$ 22,00  | 1 C | R\$ 33,00  |
| 2 A | R\$ 44,00 | 2 B | R\$ 60,00  | 2 C | R\$ 71,00  |
| 3 A | R\$ 97,00 | 3 B | R\$ 124,00 | 3 C | R\$ 142,00 |

|      |              |      |              |      |              |
|------|--------------|------|--------------|------|--------------|
| 4 A  | R\$ 169,00   | 4 B  | R\$ 185,00   | 4 C  | R\$ 209,00   |
| 5 A  | R\$ 225,00   | 5 B  | R\$ 243,00   | 5 C  | R\$ 258,00   |
| 6 A  | R\$ 281,00   | 6 B  | R\$ 309,00   | 6 C  | R\$ 338,00   |
| 7 A  | R\$ 365,00   | 7 B  | R\$ 404,00   | 7 C  | R\$ 478,00   |
| 8 A  | R\$ 516,00   | 8 B  | R\$ 541,00   | 8 C  | R\$ 574,00   |
| 9 A  | R\$ 610,00   | 9 B  | R\$ 667,00   | 9 C  | R\$ 735,00   |
| 10 A | R\$ 789,00   | 10 B | R\$ 855,00   | 10 C | R\$ 949,00   |
| 11 A | R\$ 1.004,00 | 11 B | R\$ 1.101,00 | 11 C | R\$ 1.208,00 |
| 12 A | R\$ 1.346,00 | 12 B | R\$ 1.346,00 | 12 C | R\$ 1.649,00 |
| 13 A | R\$ 1.991,00 | 13 B | R\$ 1.991,00 | 13 C | R\$ 2.202,00 |
| 14 A | R\$ 2.454,00 | 14 B | R\$ 2.670,00 | 14 C | R\$ 2.945,00 |

#### ANEXO C

| PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES                         |                                                                                                                           |            |            |            |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| TAXA                                                           | OBSERVAÇÕES                                                                                                               | NÍVEL 1    | NÍVEL 2    | NÍVEL 3    |
| Diária de Apartamento Standard - paciente clínico ou cirúrgico | Apartamento privativo com frigobar, TV, roupa de cama com acompanhante, na diária do acompanhante inclui o café da manhã. | R\$ 557,92 | R\$ 506,50 | R\$ 367,85 |
| Diária de Apartamento                                          | Apartamento privativo com frigobar, TV, roupa de cama com acompanhante, na                                                | R\$ 745,12 | R\$ 630,00 | R\$ 550,00 |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                |                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Pediátrica                                         | diária do acompanhante inclui o café da manhã.                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                |                |
| Day Clinic<br>Apartamento (07h00 às 19h00)         | -----                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 258,94     | R\$ 216,53     | R\$ 159,52     |
| Day Clinic Enfermaria<br>(07h00 às 19h00)          | -----                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 130,35     | R\$ 116,72     | R\$ 100,68     |
| Diária de Berçário                                 | Berço aquecido, incubadora e desmamadeira.                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 163,03     | R\$ 120,81     | R\$ 75,78      |
| Diária de UTI Geral                                | Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bomba de infusão, aspirador/irrigador, roupa de cama, indumentária da equipe de apoio.                                                                                                                                                                                   | R\$ 1.113,70   | R\$ 852,17     | R\$ 682,56     |
| Diária UTI Neonatal/<br>Pediátric.                 | Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bomba de infusão, aspirador/irrigador, roupa de cama, indumentária da equipe de apoio, berço aquecido e incubadora                                                                                                                                                       | R\$ 1.490,24   | R\$ 946,85     | R\$ 852,17     |
| Diária de Acompanhante                             | Paciente em enfermaria inclui café da manhã.                                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 67,08      | R\$ 53,00      | R\$ 43,00      |
| Enfermaria                                         | Apartamento compartilhado.                                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 327,84     | R\$ 296,34     | R\$ 220,67     |
| <b>DIÁRIA<br/>P/QUIMIOTERAPIA</b>                  | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>NÍVEL 1</b> | <b>NÍVEL 2</b> | <b>NÍVEL 3</b> |
| Ambulatorial em<br>Apartamento                     | Inclui Cabine de Fluxo Laminar, Bomba de Infusão e Taxa de Enfermagem.                                                                                                                                                                                                                                | R\$ 385,60     | R\$ 311,95     | R\$ 265,00     |
| Ambulatorial em<br>Boxe                            | Inclui Cabine de Fluxo Laminar, Bomba de Infusão e Taxa de Enfermagem.                                                                                                                                                                                                                                | R\$ 321,28     | R\$ 260,08     | R\$ 221,00     |
| <b>TAXA DE SALA</b>                                | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>NÍVEL 1</b> | <b>NÍVEL 2</b> | <b>NÍVEL 3</b> |
| Cirurgia Extra<br>Corpórea até 3 horas             | Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, capnógrafo, bisturi elétrico, aspirador/irrigador, aparelho anestésico, bombas de infusão, manta térmica e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.                                                                                                          | R\$ 1.730,38   | R\$ 1.454,87   | R\$ 1.156,80   |
| Cirurgia Extra<br>Corpórea por hora<br>Subsequente | Idem acima.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 278,12     | R\$ 234,47     | R\$ 193,46     |
| Neurocirurgia até 3<br>horas                       | Monitor PIC/FC/ECG/PA, oxímetro, bisturi elétrico, capnógrafo, aspirador/irrigador, aparelho anestésico, craniótomo, serra, microscópio, bomba de infusão, manta térmica e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.<br>Somente para as cirurgias do encéfalo, tumores/fraturas da coluna. | R\$ 1.438,80   | R\$ 1.106,75   | R\$ 913,07     |
| Neurocirurgia por<br>hora Subsequente              | Idem acima.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 153,33     | R\$ 120,00     | R\$ 100,00     |

|                                                      |                                                                                                                                                                                              |                |                |                |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Cirurgia até 3 horas                                 | Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bisturi elétrico, capnógrafo, aspirador/irrigador, aparelho anestésico, bombas de infusão, manta térmica e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio. | R\$ 750,09     | R\$ 648,94     | R\$ 464,39     |
| Cirurgia por hora Subsequente                        | Idem acima.                                                                                                                                                                                  | R\$ 76,72      | R\$ 62,83      | R\$ 51,86      |
| Cirurgia sem Internamento                            | Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bisturi elétrico, aspirador/irrigador (com acompanhamento do anestesista) e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.                                | R\$ 364,65     | R\$ 321,90     | R\$ 286,49     |
| Sala de Recuperação pós anestésica.                  | Monitor e Oxímetro.                                                                                                                                                                          | R\$ 319,65     | R\$ 223,45     | R\$ 178,60     |
| Sala de Gesso                                        | Qualquer tipo de aparelho gessado.                                                                                                                                                           | R\$ 86,28      | R\$ 72,11      | R\$ 59,52      |
| Sala de Talas                                        | -----                                                                                                                                                                                        | R\$ 32,97      | R\$ 25,00      | R\$ 19,09      |
| Pequenas Cirurgias eletivas sem anestesia            | Bisturi Elétrico.                                                                                                                                                                            | R\$ 46,00      | R\$ 39,88      | R\$ 32,93      |
| Pequenas Cirurgias na Urgência                       | -----                                                                                                                                                                                        | R\$ 46,00      | R\$ 39,88      | R\$ 32,93      |
| Sala para Curativos                                  | -----                                                                                                                                                                                        | R\$ 28,75      | R\$ 20,53      | R\$ 16,94      |
| Estudo Hemodinâmico                                  | Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, aspirador/irrigador e intensificador de imagem, bomba de infusão.                                                                                               | R\$ 479,57     | R\$ 425,03     | R\$ 360,49     |
| Cabine Fluxo Laminar                                 | Cabine equipada, inclui indumentária do manipulador do material.                                                                                                                             | R\$ 182,24     | R\$ 149,43     | R\$ 123,31     |
| Repouso na Urgência/ Observação Clínica              | Mediante registro de evolução médica até 6 horas; após 6 horas, Day Clinic, e após 12 horas, internamento.                                                                                   | R\$ 76,73      | R\$ 66,95      | R\$ 55,25      |
| <b>TAXAS DE EQUIPAMENTOS</b>                         | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                                                           | <b>NÍVEL 1</b> | <b>NÍVEL 2</b> | <b>NÍVEL 3</b> |
| Artroscópio Cirúrgico (vídeo artroscopia)            | Taxa/camisa /fluxor/artrozam.                                                                                                                                                                | R\$ 587,00     | R\$ 384,84     | R\$ 227,26     |
| Aspirador Cavitron em Neurocirurgia                  | Será utilizado em cirurgias intracranianas, tumores e abscessos cerebrais (inclusos descartáveis e insumos para seu uso)                                                                     | R\$ 598,50     | R\$ 507,30     | R\$ 444,60     |
| Bomba de Infusão por 24 horas (equipos não inclusos) | -----                                                                                                                                                                                        | R\$ 36,42      | R\$ 25,69      | R\$ 21,21      |
| Colchão Caixa de Ovo                                 | 01 colchão para cada 30 dias, independente da quantidade de dias utilizados.                                                                                                                 | R\$ 72,87      | R\$ 66,95      | R\$ 55,26      |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Craniótomo                                                                          | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 153,43    | R\$ 126,00    | R\$ 106,00    |
| Cistoscópio                                                                         | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 105,48    | R\$ 90,46     | R\$ 80,46     |
| Desfibrilador por uso                                                               | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 76,73     | R\$ 54,91     | R\$ 39,32     |
| Fototerapia até 01(uma) hora                                                        | A utilização de dois ou três focos para fototerapia deverá ser devidamente registrada em prontuário.<br><b>Fototerapia dupla:</b> acrescentar 30% sobre o valor original<br><b>Fototerapia tripla:</b> acrescentar 40% sobre o valor original. | R\$ 43,92     | R\$ 38,00     | R\$ 35,00     |
| Fototerapia por hora subsequente                                                    | A utilização de dois ou três focos para fototerapia deverá ser devidamente registrada em prontuário.<br><b>Fototerapia dupla:</b> acrescentar 30% sobre o valor original<br><b>Fototerapia tripla:</b> acrescentar 40% sobre o valor original. | R\$ 4,95      | R\$ 4,40      | R\$ 4,22      |
| Hidratação pediátrica por dia                                                       | Inclui: algodão, álcool, gases, lâmina de tricotomia, Povidine, éter, esparadrapo e talas – somente em P.S e ambulatório                                                                                                                       | R\$ 34,50     | R\$ 30,83     | R\$ 25,44     |
| Videohisteroscópio Cirúrgico                                                        | Materiais não inclusos.                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 448,88    | R\$ 371,12    | R\$ 306,19    |
| Videohisteroscópio Diagnóstico                                                      | Materiais não inclusos.                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 220,59    | R\$ 185,51    | R\$ 153,07    |
| Intensificador de Imagem                                                            | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 322,25    | R\$ 280,00    | R\$ 258,30    |
| Microscópio Cirúrgico                                                               | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 124,66    | R\$ 92,75     | R\$ 76,52     |
| Monitor de Pressão Intracraniana p/dia                                              | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 268,57    | R\$ 204,30    | R\$ 168,56    |
| Monitor Cardio (PA invasiva/não invasiva, em apartamento ou enfermaria por 24 horas | Quando for utilizado o invasivo os cateteres serão cobrados a parte.                                                                                                                                                                           | R\$ 143,85    | R\$ 117,00    | R\$ 97,00     |
| Monitor Fetal Sonar por 24 horas                                                    | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 67,08     | R\$ 57,94     | R\$ 47,82     |
| Neuronavegador                                                                      | Inclui todos os materiais descartáveis e esferas. O neuronavegador será utilizado apenas em cirurgia neurológica (encéfalo e medula), mediante autorização prévia.                                                                             | R\$ 14.738,18 | R\$ 11.790,54 | R\$ 10.316,72 |
| Oxímetro por 24 horas (por uso fora da UTI)                                         | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 124,66    | R\$ 100,00    | R\$ 88,00     |
| Respirador de                                                                       | -----                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 69,03     | R\$ 55,90     | R\$ 49,90     |

|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                |                |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| pressão sem oxigênio por 24 horas                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |                |                |                |
| Respirador de volume sem oxigênio por 24 horas                                                                                    | -----                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 163,03     | R\$ 135,55     | R\$ 105,24     |
| Ressectoscópio                                                                                                                    | Não inclui material. O valor da alça será cobrado conforme Referencial de OPME.                                                                                                                                                 | R\$ 113,17     | R\$ 100,00     | R\$ 97,00      |
| Vídeoendoscópio cirúrgico/diagnóstico em BC, nos casos de neurologia, ginecologia e Urologia (oftalmo e otorrino, UCO pela CBHPM) | Incluso taxa + Cidex + água destilada. Utilizado exclusivamente em bloco cirúrgico e microcirurgia neurológica, oftalmológica, otorrinolaringológica e urológica; sua utilização deverá ser justificada pelo médico assistente. | R\$ 335,72     | R\$ 291,18     | R\$ 240,25     |
| Vídeolaparoscópico cirúrgico/terapêutico/abdominal/tórax/ginecológico                                                             | Inclui: taxa, Cidex, gás carbônico, água destilada, 01(um) trocarer descartável, Agulha de Veress, trocareres permanentes e clips. Não caberá cobrança de trocareres adicionais.                                                | R\$ 2.597,65   | R\$ 2.463,48   | R\$ 1.880,58   |
| Vídeolaparoscópico diagnóstico/abdominal/tórax/ginecológico.                                                                      | Inclui: taxa, Cidex, gás carbônico, água destilada, 01(um) trocarer descartável, trocareres permanentes. Não caberá cobrança de trocareres adicionais.                                                                          | R\$ 1.936,67   | R\$ 1.893,69   | R\$ 1.410,45   |
| <b>GASES</b>                                                                                                                      | <b>OBSERVAÇÕES / 20 MINUTOS</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>NÍVEL 1</b> | <b>NÍVEL 2</b> | <b>NÍVEL 3</b> |
| Nebulização (aerossol na emergência) por aplicação, com O <sub>2</sub>                                                            | Inclui taxa + oxigênio + medicação.                                                                                                                                                                                             | R\$ 23,85      | R\$ 21,17      | R\$ 19,97      |
| Nebulização (aerossol no internamento) por aplicação, com O <sub>2</sub>                                                          | Inclui taxa + oxigênio + medicação.                                                                                                                                                                                             | R\$ 21,06      | R\$ 19,97      | R\$ 17,55      |
| Oxigênio                                                                                                                          | Fração de 20 minutos                                                                                                                                                                                                            | R\$ 7,94       | R\$ 7,00       | R\$ 6,37       |
|                                                                                                                                   | Por hora                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 23,82      | R\$ 20,75      | R\$ 19,11      |
| Óxido Nítrico                                                                                                                     | Fração de 20 minutos                                                                                                                                                                                                            | R\$ 20,79      | R\$ 17,62      | R\$ 13,86      |
|                                                                                                                                   | Por hora                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 62,39      | R\$ 55,79      | R\$ 49,50      |
| Oxigênio + Ar comprimido                                                                                                          | Fração de 20 minutos                                                                                                                                                                                                            | R\$ 12,62      | R\$ 11,37      | R\$ 9,70       |
|                                                                                                                                   | Por hora                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 37,87      | R\$ 34,12      | R\$ 29,10      |
| Protóxido                                                                                                                         | Fração de 20 minutos                                                                                                                                                                                                            | R\$ 20,84      | R\$ 18,88      | R\$ 15,96      |
|                                                                                                                                   | Por hora                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 62,51      | R\$ 56,66      | R\$ 47,88      |

|                                          |                                                                                     | NÍVEL 1    | NÍVEL 2    | NÍVEL 3    |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| <b>Taxa - Isolamento Covid 19</b>        | TAXA DE ISOLAMENTO EM UTI                                                           | R\$ 209,12 | R\$ 169,29 | R\$ 139,41 |
|                                          | TAXA DE APARTAMENTO/ENFERMARIA                                                      | R\$ 104,77 | R\$ 84,64  | R\$ 69,70  |
|                                          |                                                                                     | NÍVEL 1    | NÍVEL 2    | NÍVEL 3    |
| <b>Taxa de Alimentação Almoço/Jantar</b> | Acompanhante de paciente menor de 18 anos e a partir de 60 anos (por cada refeição) | R\$ 30,81  | R\$ 27,00  | R\$ 24,68  |

OBS.: nas taxas de aparelhagem/equipamentos, já existentes em acordo, estão incluídos todos os insumos/acessórios necessários para seu funcionamento e manutenção, exceto os descartáveis utilizados no paciente.

#### ANEXO D

| PREÇOS DOS PACOTES PARA HEMODINÂMICA |                             |       |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------|
| CÓDIGO                               | PRODUTO                     | VALOR |
| <b>CATETERISMO</b>                   | 01 CATETER JUDKINS DIREITO  |       |
|                                      | 01 CATETER JUDKINS ESQUERDO |       |
|                                      | 01 CATETER PIGTAIL          |       |
|                                      | 01 KIT INTRODUTOR           |       |
|                                      | 01 EXTENSÃO DE BOMBA        |       |

|                                                |                           |               |
|------------------------------------------------|---------------------------|---------------|
| CARDÍACO                                       | 01 SERINGA DE BOMBA       | R\$ 4.502,01  |
|                                                | 02 FIOS GUIA              |               |
|                                                | 01 MANIFOLD               |               |
|                                                | 01 PERCLOSE / ANGIOSEAL   |               |
|                                                | CONTRASTE                 |               |
|                                                |                           |               |
| ANGIOGRAFIA/<br>ARTERIOGRAFIA<br>CORONARIANA   | 01 CATETER PIGTAIL        | R\$ 4.372,64  |
|                                                | 01 FIO GUIA 0,14          |               |
|                                                | 01 CATETER ANGIOGRÁFICO   |               |
|                                                | 01 KIT INTRODUTOR         |               |
|                                                | 01 EXTENSÃO DE BOMBA      |               |
|                                                | 01 FIO GUIA               |               |
|                                                | 01 SERINGA DE BOMBA       |               |
|                                                | 01 MANIFOLD               |               |
|                                                | 01 PERCLOSE / ANGIOSEAL   |               |
|                                                | CONTRASTE                 |               |
|                                                |                           |               |
| ANGIOPLASTIA<br>CORONARIANA<br>ÚNICO VASO      | 01 BOMBA INDEFLATOR       | R\$ 13.119,51 |
|                                                | 01 SERINGA DE BOMBA       |               |
|                                                | 01 FIO GUIA 0,14          |               |
|                                                | 01 EXTENSÃO DE BOMBA      |               |
|                                                | 01 CATETER BALÃO          |               |
|                                                | 01 CATETER GUIA           |               |
|                                                | 01 FIO GUIA               |               |
|                                                | 01 KIT INTRODUTOR         |               |
|                                                | 01 ROTOR e MANIPULADOR    |               |
|                                                | 01 MANIFOLD               |               |
|                                                | 01 PERCLOSE / ANGIOSEAL   |               |
|                                                | 01 CONECTOR Y e CONTRASTE |               |
|                                                |                           |               |
| ANGIOPLASTIA<br>CORONARIANA<br>MÚLTIPLOS VASOS | 01 BOMBA INDEFLATOR       | R\$ 16.644,82 |
|                                                | 02 FIOS GUIA              |               |
|                                                | 01 MANIFOLD               |               |
|                                                | 01 PERCLOSE / ANGIOSEAL   |               |
|                                                | 01 EXTENSÃO DE BOMBA      |               |
|                                                | 02 CATETERES BALÃO        |               |
|                                                | 02 CATETERES GUIA         |               |
|                                                | 02 FIO GUIAS 0,14         |               |
|                                                | 01 KIT INTRODUTOR         |               |

|                                                                |                             |               |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|
|                                                                | 01 ROTOR e MANIPULADOR      |               |
|                                                                | 01 CONECTOR Y               |               |
|                                                                | CONTRASTE                   |               |
|                                                                |                             |               |
| CATETERISMO +<br>ANGIOPLASTIA<br>CORONARIANA<br>ÚNICO VASO     | 01 CATETER JUDKINS DIREITO  | R\$ 15.174,82 |
|                                                                | 01 CATETER JUDKINS ESQUERDO |               |
|                                                                | 01 KIT INTRODUTOR           |               |
|                                                                | 01 EXTENSÃO DE BOMBA        |               |
|                                                                | 01 MANIFOLD                 |               |
|                                                                | 01 FIO GUIA                 |               |
|                                                                | 01 SERINGA DE BOMBA         |               |
|                                                                | 01 CATETER PIGTAIL          |               |
|                                                                | 01 CATETER J                |               |
|                                                                | 01 CATETER BALÃO            |               |
|                                                                | 01 ROTOR e MANIPULADOR      |               |
|                                                                | 01 PERCLOSE / ANGIOSEAL     |               |
|                                                                | 01 CONECTOR Y               |               |
|                                                                | CONTRASTE                   |               |
|                                                                |                             |               |
| CATETERISMO+<br>ANGIOPLASTIA<br>CORONARIANA<br>MÚLTIPLOS VASOS | 01 CATETER JUDKINS DIREITO  | R\$ 18.700,13 |
|                                                                | 01 CATETER JUDKINS ESQUERDO |               |
|                                                                | 01 KIT INTRODUTOR           |               |
|                                                                | 03 FIOS GUIA                |               |
|                                                                | 01 EXTENSÃO DE BOMBA        |               |
|                                                                | 01 MANIFOLD                 |               |
|                                                                | CONTRASTE                   |               |
|                                                                | 01 SERINGA DE BOMBA         |               |
|                                                                | 01 ROTOR e MANIPULADOR      |               |
|                                                                | 01 PERCLOSE / ANGIOSEAL     |               |
|                                                                | 01 CONECTOR Y               |               |
|                                                                | 02 CATETERES PIGTAIL        |               |
|                                                                | 02 CATETERES J 0,33         |               |
|                                                                | 02 CATETERES BALÃO          |               |
|                                                                | MATERIAL ESPECIAL<br>OPME   |               |
| STENT CONVENCIONAL                                             |                             | R\$ 2.900,00  |

**Obs.: os pacotes de angioplastia incluem 01 (uma) diária de UTI e 01 (um) stent farmacológico.**

#### **PACOTES DE ANGIOPLASTIA CORONÁRIA ÚNICO/MÚLTIPLOS VASOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p><b>Inclui:</b><br/> 1 diária de UTI;<br/> 1 stent farmacológico;<br/> 2 balões de angioplastia coronária;<br/> Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.</p> <p><b>Exclui:</b><br/> Honorários médicos e anestesista;<br/> Medicamentos de alto custo (valores superior à R\$ 500,00)<br/> Materiais de uso não habitual (cateter imagem e pull back)<br/> Obs.1: em caso de stent adicional será cobrado o valor de R\$ 8.000,00<br/> Obs.2: em caso de balão extra será cobrado o valor de R\$ 1.400,00</p> | R\$ 18.482,02 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

#### **PACOTE CATETERISMO + ANGIOPLASTIA CORONÁRIA ÚNICO/MÚLTIPLOS VASOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p><b>Inclui:</b><br/> 1 diária de UTI;<br/> 1 stent farmacológico;<br/> 2 balões de angioplastia coronária;<br/> Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.</p> <p><b>Exclui:</b><br/> Honorários médicos e anestesista;<br/> Medicamentos de alto custo (valores superior à R\$ 500,00)<br/> Materiais de uso não habitual (cateter imagem e pull back)<br/> Obs.: Em caso de stent adicional será cobrado o valor de R\$ 8.000,00<br/> Obs1: Em caso de balão extra será cobrado o valor de R\$ 1.400,00</p> | R\$ 21.429,78 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

#### **OBSERVAÇÕES**

Este Referencial contempla todas as despesas hospitalares necessárias a realização dos eventos acordados;

##### **Inclui no pacote:**

- Taxa de repouso até 6h após procedimentos ambulatoriais;
- Taxas de salas e equipamentos utilizados;
- Medicamentos e materiais de consumo;
- Anestésicos locais.

##### **Exclui do pacote:**

- Honorários médicos;
- Exames laboratoriais;
- Hemoterápicos;
- Medicamentos de alto custo: antagonista dos receptores IIB-IIIAB (Agrastat e Reopro), trombolíticos (Actilyse e Estreptoquinase), drogas para embolização e anestésicos (sedação, anestesia endovenosa, inalatória ou geral);
- Para os OPME utilizados em quantidade superior ou que não constem no pacote, a cobrança do referido material deverá ser realizada conforme referencial negociado mediante laudo médico detalhado;
- Para os procedimentos que não têm pacote negociado, a cobrança será em conta aberta, considerando o referencial negociado e mediante autorização prévia.

**ANEXO E**

| PREÇOS DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS |                                          |               |            |
|----------------------------------|------------------------------------------|---------------|------------|
|                                  | PRODUTO                                  | ESPECIFICAÇÃO | VALOR      |
| 01                               | AGULHA BIOPSIA ASPIRATIVA CHIBA 18X20    | UNIDADE       | R\$ 593,45 |
| 02                               | AGULHA BIOPSIA CHIBA (DCHN 22X15.0) DESC | UNIDADE       | R\$ 521,77 |
| 03                               | AGULHA BIOPSIA LOCAL MAMARIA             | UNIDADE       | R\$ 709,56 |
| 04                               | AGULHA DESCARTÁVEL 13X30MM               | UNIDADE       | R\$ 0,25   |
| 05                               | AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5                | UNIDADE       | R\$ 0,35   |

|    |                                                             |         |            |
|----|-------------------------------------------------------------|---------|------------|
| 06 | AGULHA DESCARTÁVEL 25X7                                     | UNIDADE | R\$ 0,35   |
| 07 | AGULHA DESCARTÁVEL 30X8                                     | UNIDADE | R\$ 0,35   |
| 08 | AGULHA DESCARTÁVEL 40X12                                    | UNIDADE | R\$ 0,55   |
| 09 | AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G22 X 3½ UNIDADE                   | UNIDADE | R\$ 56,42  |
| 10 | AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G25 X 3 1/2 UNIDADE                | UNIDADE | R\$ 57,15  |
| 11 | AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G26 X 3 1/2 UNIDADE                | UNIDADE | R\$ 63,66  |
| 12 | AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G27 X 3 1/2 UNIDADE                | UNIDADE | R\$ 73,80  |
| 13 | AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G29 X 3 1/2 UNIDADE                | UNIDADE | R\$ 228,78 |
| 14 | AGULHA PARA ANESTESIA PLEXO STIMUPLEX A-100 G 21 X 4        | UNIDADE | R\$ 267,72 |
| 15 | AGULHA BIÓPSIA LOCAL MAMÁRIA MARCAÇÃO 20GAX10CM             | UNIDADE | R\$ 556,50 |
| 16 | AGULHA BIÓPSIA MAGNUM 16GA X 10CM, 14GA X 10CM, 18GA X 20CM | UNIDADE | R\$ 556,50 |
| 17 | AGULHA SDN 22GA/25GA 1 1/2"                                 | UNIDADE | R\$ 46,34  |
| 18 | AGULHA CHIBA (70012199)                                     | UNIDADE | R\$ 225,75 |
| 19 | AGULHA PARA ANESTESIA PLEXO STIMUPLEX A-50 G 22 X 2         | UNIDADE | R\$ 267,72 |
| 20 | AGULHA PERICAN G 18X 3,5                                    | UNIDADE | R\$ 127,35 |
| 21 | AGULHA PERICAN G 16 X 3,5                                   | UNIDADE | R\$ 127,35 |
| 22 | ATADURA CREPOM 10CM X 1,8M CYSNE                            | UNIDADE | R\$ 6,18   |
| 23 | ATADURA CREPOM 15CM X 1,8M CYSNE (UND)                      | UNIDADE | R\$ 8,27   |
| 24 | ATADURA CREPOM 20CM X 1,8M CYSNE (UND)                      | UNIDADE | R\$ 9,20   |
| 25 | ATADURA CREPOM 30CM X 1,8M CYSNE (UND)                      | UNIDADE | R\$ 11,52  |
| 26 | ATADURA GESSADA 06CM X 2M                                   | UNIDADE | R\$ 14,93  |
| 27 | ATADURA GESSADA 10CM X 3M                                   | UNIDADE | R\$ 4,14   |
| 28 | ATADURA GESSADA 15CM X 3M                                   | UNIDADE | R\$ 6,18   |
| 29 | ATADURA ORTOPÉDICA 12CM,15CM, 20CM                          | UNIDADE | R\$ 2,92   |
| 30 | BISTURI DESC C/ LÂMINA11, 15, 22                            | UNIDADE | R\$ 29,64  |
| 31 | BOLSA EASIFLEX DRENÁVEL                                     | UNIDADE | R\$ 46,67  |
| 32 | BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 1000ML (MIX BAG)               | UNIDADE | R\$ 110,25 |
| 33 | BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 2000ML (MIX BAG)               | UNIDADE | R\$ 170,10 |
| 34 | BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 500ML (MIX BAG)                | UNIDADE | R\$ 96,56  |
| 35 | COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO                             | UNIDADE | R\$ 12,45  |
| 36 | COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO                            | UNIDADE | R\$ 48,82  |
| 37 | CATETER ACESSO VENOSO (I-CATH) 16                           | UNIDADE | R\$ 107,18 |
| 38 | CATETER ACESSO VENOSO CENTRAL INTRA CATH                    | UNIDADE | R\$ 107,18 |
| 39 | CATETER EPIDURAL PERIFIX                                    | UNIDADE | R\$ 207,81 |
| 40 | CATETER NASAL P/ OXIGENIO TIPO OCULOS                       | UNIDADE | R\$ 3,75   |
| 41 | CATETER PARA HISTEROSONOGRFIA 5FRX40CM                      | UNIDADE | R\$ 896,70 |

|    |                                                                                                                 |                       |              |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| 42 | CASSETE TUBO VACUO RINSE ENCOR ENSPIRE-BARD (258897)                                                            | UNIDADE               | R\$ 210,00   |
| 43 | CAT. VENOSO PERIFÉRICO INTROCAN G24                                                                             | UNIDADE               | R\$ 26,06    |
| 44 | CAT. VENOSO PERIFÉRICO INTROCAN G14, G18, G20 e G22                                                             | UNIDADE               | R\$ 24,19    |
| 45 | CATETER METÁLICO 21G e 23G                                                                                      | UNIDADE               | R\$ 9,95     |
| 46 | CATETER METÁLICO 27G                                                                                            | UNIDADE               | R\$ 12,42    |
| 47 | CATETER METÁLICO 25G                                                                                            | UNIDADE               | R\$ 9,95     |
| 48 | COLAR CERVICAL ESPUMA (P, M, G)                                                                                 | UNIDADE               | R\$ 40,50    |
| 49 | COLETOR URINA INFANTIL MASC/FEM                                                                                 | UNIDADE               | R\$ 1,62     |
| 50 | COLETOR URINA SISTEMA ABERTO 1200 ML BIO COLLECTOR                                                              | UNIDADE               | R\$ 12,58    |
| 51 | CAMPO OPERATÓRIO 25 X 28 (EM BLOCO CIRÚRGICO) PACOTE COM 5 UNID.                                                | UNIDADE               | R\$ 50,70    |
| 52 | COMPRESSA 7.5X7.5 ESTÉRIL C/ 10 UND COM 13 FIOS                                                                 | PCT C/10 UND          | R\$ 4,00     |
| 53 | CONECTOR MANYFILL D VIAL (78206553)                                                                             | UNIDADE               | R\$ 68,69    |
| 54 | CONECTOR MICROCLAVE                                                                                             | UNIDADE               | R\$ 38,21    |
| 55 | CONJUNTO TRANSDUTOR DE PRESSÃO (INCLUI EQUIPO / TAMPA / TUBO / TORNEIRA)                                        | UNIDADE               | R\$ 343,43   |
| 56 | CONJUNTO DE ELETRODO UNIVERSAL DESCARTÁVEL / CONJUNTO DE ARRUELA MONITOR                                        | PACOTE COM 05 UNIDADE | R\$ 6,12     |
| 57 | CIRCUITO DESCARTÁVEL ALTO FLUXO PRECISÃO (inclui todos os componentes do sistema OPTIFLOW (Adulto e Pediátrico) | UNIDADE               | R\$ 1.764,00 |
| 58 | DISPOSITIVO LUER ACESSO FECHADO IV Q SYTE (70197423)                                                            | UNIDADE               | R\$ 7,56     |
| 59 | DISPOSITIVO URINÁRIO (P, M, G)                                                                                  | UNIDADE               | R\$ 3,91     |
| 60 | DRENO PENROSE Nº 1                                                                                              | UNIDADE               | R\$ 7,12     |
| 61 | DRENO PENROSE Nº 2                                                                                              | UNIDADE               | R\$ 9,32     |
| 62 | DRENO PENROSE Nº 3                                                                                              | UNIDADE               | R\$ 12,74    |
| 63 | DRENO PENROSE Nº 4                                                                                              | UNIDADE               | R\$ 16,84    |
| 64 | DRENO DE SUÇÃO SISTEMA MOLA                                                                                     | UNIDADE               | R\$ 91,47    |
| 65 | DRENO TÓRAX 36 SILICONE                                                                                         | UNIDADE               | R\$ 68,16    |
| 66 | DIALISADOR ALTO FLUXO FX 40                                                                                     | UNIDADE               | R\$ 964,92   |
| 67 | DIALISADOR ALTO FLUXO FX 60                                                                                     | UNIDADE               | R\$ 998,89   |
| 68 | DIALISADOR ALTO FLUXO FX 80                                                                                     | UNIDADE               | R\$ 1.019,28 |
| 69 | DIALISADOR ALTO FLUXO FX 100                                                                                    | UNIDADE               | R\$ 1.060,06 |
| 70 | DIALISADOR HEMOFLOW ALTO FLUXO F70 S POLISULFONA – FRESENIUS MEDIC. CARE                                        | UNIDADE               | R\$ 1.451,62 |
| 71 | ELETRODO MEDI TRACE DESCARTÁVEL P/MONITORIZAÇÃO ECG (70877998)                                                  | UNIDADE               | R\$ 0,91     |
| 72 | ELETRODO RADIO TRACE DESCRTÁVEL (268666)                                                                        | UNIDADE               | R\$ 0,91     |
| 73 | EQUIPO IRRIGAFIX 2 VIAS (CISTOSCOPIA)                                                                           | UNIDADE               | R\$ 64,12    |

|     |                                                                |         |              |
|-----|----------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 74  | EQUIPO AIR IL OU EUROFIX AIR IL                                | UNIDADE | R\$ 28,80    |
| 75  | EQUIPO P/ DIETA APPLIX                                         | UNIDADE | R\$ 329,82   |
| 76  | EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR                                  | UNIDADE | R\$ 29,20    |
| 77  | EQUIPO B.I. COMPACT AIR                                        | UNIDADE | R\$ 315,00   |
| 78  | EQUIPO B.I. TIPO ANNE                                          | UNIDADE | R\$ 293,04   |
| 79  | EQUIPO B.I. OPTIMA MS FS                                       | UNIDADE | R\$ 352,71   |
| 80  | EQUIPO MACRO FILTRO PART 15UM INJ LAT LUER LOCK 1,50MT         | UNIDADE | R\$ 20,60    |
| 81  | EQUIPO P/SORO MICROFIX 100ML FIL IL                            | UNIDADE | R\$ 58,84    |
| 82  | EQUIPO SANGOFLEX                                               | UNIDADE | R\$ 35,09    |
| 83  | EQUIPO EXTENSOFIX 120CM                                        | UNIDADE | R\$ 23,46    |
| 84  | EQUIPO EXTENSOFIX 20CM                                         | UNIDADE | R\$ 19,66    |
| 85  | EQUIPO EXTENSOFIX 40CM                                         | UNIDADE | R\$ 19,80    |
| 86  | EQUIPO EXTENSOFIX 60CM                                         | UNIDADE | R\$ 21,43    |
| 87  | EQUIPO EXTENSOFIX PARA INFUSÃO DE CONTRASTE                    | UNIDADE | R\$ 42,04    |
| 88  | EQUIPO POLIFIX MICROCLAVE                                      | UNIDADE | R\$ 49,12    |
| 89  | ESPARADRAPO 10cm X 4,5m ROLO                                   | UNIDADE | R\$ 32,12    |
| 90  | ESPARADRAPO 5cm X 4,5m ROLO                                    | UNIDADE | R\$ 17,52    |
| 91  | EXTENSOR EXTENSET 12X120CM EST. SIMPLES (177552)               | UNIDADE | R\$ 22,96    |
| 92  | FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 5cm X 10m - ROLO                 | UNIDADE | R\$ 39,43    |
| 93  | FILTRO HEMOFLOW HF805                                          | UNIDADE | R\$ 1.793,06 |
| 94  | FIXADOR DE TRAQUEÓSTOMO                                        | UNIDADE | R\$ 167,84   |
| 95  | FIXADOR DE TUBO TRAQUEAL                                       | UNIDADE | R\$ 166,95   |
| 96  | FIXADOR ESTÉRIL CATETER IV FIX                                 | UNIDADE | R\$ 2,32     |
| 97  | FRALDA TAMANHO RN, P, M, G, GG, XG                             | UNIDADE | R\$ 5,41     |
| 98  | FRASCO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL 300MLC/ LACRE                       | UNIDADE | R\$ 5,49     |
| 99  | LANCETA                                                        | UNIDADE | R\$ 1,82     |
| 100 | LÂMINA BISTURI Nº 11, Nº 15, Nº 20, Nº 22, Nº 23               | UNIDADE | R\$ 4,65     |
| 101 | LÂMINA BISTURI Nº 12                                           | UNIDADE | R\$ 6,56     |
| 102 | LINHA DE SANGUE ARTERIAL S/CATABOLHA                           | UNIDADE | R\$ 103,20   |
| 103 | LINHA DE SANGUE VENOSA                                         | UNIDADE | R\$ 103,20   |
| 104 | LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5 (PAR) SENSIFIRM | PAR     | R\$ 6,43     |
| 105 | MALHA TUBULAR 4cm X 15m                                        | MT      | R\$ 1,22     |
| 106 | MALHA TUBULAR 6cm X 15m                                        | MT      | R\$ 1,37     |
| 107 | MALHA TUBULAR 8cm X 15m                                        | MT      | R\$ 1,73     |
| 108 | MALHA TUBULAR 10cm X 15m                                       | MT      | R\$ 1,98     |
| 109 | MALHA TUBULAR 12cm X 15m                                       | MT      | R\$ 2,19     |
| 110 | PLACA FLEXÍVEL P/ COLOSTOMIA (45/57/70mm)                      | UNIDADE | R\$ 73,69    |

|     |                                                                                     |         |            |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
| 111 | PINÇA DE BIÓPSIA SEM AGULHA DESCARTÁVEL                                             | UNIDADE | R\$ 221,20 |
| 112 | PERFUSOR SET 120cm                                                                  | UNIDADE | R\$ 49,56  |
| 113 | SERINGA DESCARTÁVEL 1ml C/ AGULHA                                                   | UNIDADE | R\$ 3,79   |
| 114 | SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 20cc                                                  | UNIDADE | R\$ 4,28   |
| 115 | SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 3cc                                                   | UNIDADE | R\$ 1,08   |
| 116 | SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 5cc                                                   | UNIDADE | R\$ 1,39   |
| 117 | SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 10cc                                                  | UNIDADE | R\$ 2,05   |
| 118 | SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 60cc                                                  | UNIDADE | R\$ 20,59  |
| 119 | SERINGA DESCARTÁVEL PARA CONTRASTE                                                  | UNIDADE | R\$ 110,25 |
| 120 | SERINGA PERFUSORA 20ml                                                              | UNIDADE | R\$ 75,04  |
| 121 | SERINGA PERFUSORA 50ml                                                              | UNIDADE | R\$ 80,32  |
| 122 | SERINGA POLYFLUSH                                                                   | UNIDADE | R\$ 7,61   |
| 123 | SERINGA P/USO DE BOMBA INJETORA CONTRASTE 200ML (43383)                             | UNIDADE | R\$ 58,26  |
| 124 | SISTEMA DRENAGEM MEDIASTINAL 2000ml                                                 | UNIDADE | R\$ 164,77 |
| 125 | SISTEMA FECHADO PARA COLETA DE SANGUE VAMP (ADULTO OU PEDIÁTRICO)                   | UNIDADE | R\$ 412,89 |
| 126 | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº04, Nº 06, Nº 08, Nº 10, Nº 12, Nº 14                    | UNIDADE | R\$ 1,85   |
| 127 | SONDA ASPIRAÇÃO URETRAL Nº4, Nº 06, Nº 08, Nº 10, Nº 12, Nº 14, Nº 16, Nº 18, Nº 20 | UNIDADE | R\$ 2,49   |
| 128 | SONDA FOLLEY 2 VIAS SILICONIZADA Nº 8 , 10 / 30CC                                   | UNIDADE | R\$ 58,78  |
| 129 | SONDA FOLLEY 2 VIAS SILICONIZADA Nº 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24/30CC                 | UNIDADE | R\$ 43,90  |
| 130 | SONDA FOLLEY PED. Nº 10 100% SILICONE                                               | UNIDADE | R\$ 247,91 |
| 131 | SONDA FOLLEY 2 VIAS Nº12, 14, 16, 18 e 20 - 100% SILICONE                           | UNIDADE | R\$ 134,07 |
| 132 | SONDA GÁSTRICA Nº 06, 08, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22                                | UNIDADE | R\$ 3,94   |
| 133 | SONDA P/ NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO/PED                                                | UNIDADE | R\$ 466,82 |
| 134 | SONDA RETAL Nº 20                                                                   | UNIDADE | R\$ 2,62   |
| 135 | SISTEMA TUBO HD                                                                     | UNIDADE | R\$ 458,76 |
| 137 | TAMPÃO OCULAR (MONOCULO OCULAR)                                                     | UNIDADE | R\$ 6,05   |
| 138 | TIRA HGT                                                                            | UNIDADE | R\$ 5,25   |
| 139 | TORNEIRA TRÊS VIAS P/ SOL. DISCOFIX (THREE-WAY)                                     | UNIDADE | R\$ 18,50  |
| 140 | TUBO CONECTOR SECUFILL /INJEÇÃO MEIO CONTRASTE 23CM                                 | UNIDADE | R\$ 50,22  |
| 141 | TUBO ORO TRAQUEAL PEDIÁTRICO COM E SEM BALÃO                                        | UNIDADE | R\$ 83,72  |
| 142 | TUBO ORO TRAQUEAL ADULTO COM E SEM BALÃO                                            | UNIDADE | R\$ 152,72 |

**ANEXO F**

| PREÇOS DE MATERIAIS ESPECIAIS, ÓRTESES E PRÓTESES |                                                                   |              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|
|                                                   | PRODUTO                                                           | VALOR        |
| 01                                                | AGULHA BIOPSIA QC QUICK CORE REF QC-18-15.0-20T - 9013393/9035574 | R\$ 1.012,70 |

|    |                                                                               |              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 02 | AGULHA P/PUNCAO PERCUTANEA RENAL 18GA 20CM REF 090020                         | R\$ 878,78   |
| 03 | ALCA POLIPECTOMIA ASJ-1-S REF ASJ-1-S - 9053984/9019561/9053984               | R\$ 498,69   |
| 04 | AGULHA BIOPSIA OSSEA 8X4X10CM REF 180990                                      | R\$ 635,43   |
| 05 | AGULHA BIOPSIA P/PROMAG 2.5 18GAX25CM REF 765018250                           | R\$ 653,18   |
| 06 | AGULHA BIOPSIA RENAL 14GX15/20CM REF PRE1415 - 9008765/9014742                | R\$ 641,48   |
| 07 | AGULHA BIOPSIA PRÓSTATA                                                       | R\$ 701,49   |
| 08 | AGULHA DE VERESS UV 120                                                       | R\$ 591,18   |
| 09 | CARGA ARTICULADA 45MM TRI-STAPLE MARROM REF. EGIA45AVM - 9041481              | R\$ 2.575,71 |
| 10 | CARGA AZUL ECR60B P/ GRAMP ARTICUL ECHELON 60MM                               | R\$ 2.575,71 |
| 11 | CARGA AZUL REF. ECR45B P/ ECHELON ARTIC 45MM EC45A                            | R\$ 2.575,71 |
| 12 | CARGA AZUL REF. 6R45B P/GRAMPEADOR 45MM ARTICULADO                            | R\$ 2.575,71 |
| 13 | CARGA BRANCA ECR45W P/ ECHELON ARTICUL 45 MM REF. ECR45W                      | R\$ 2.575,71 |
| 14 | CARGA BRANCA ECR60W P/GRAMP ARTICULADO ECHELON 60MM                           | R\$ 2.575,71 |
| 15 | CARGA BRANCA 45MM TR45W P/GRAMP ATS 45MM                                      | R\$ 2.337,24 |
| 16 | CARGA DOURADA ECR45D P/ ECHELON ARTICUL 45 MM REF. EC45A -9021314             | R\$ 2.575,71 |
| 17 | CARGA DOURADA ECR60D P/ GRAMP ARTICULADO ECHELON 60MM                         | R\$ 2.362,41 |
| 18 | CARGA MULTIFIRE ENDOGIA 45-3.5MM AZUL REF. 030422                             | R\$ 2.575,71 |
| 19 | CARGA MULTIFIRE GIA DST 80-3.8 /80-4.8AZUL TYCO REF. GIA8038L - 9041471       | R\$ 997,98   |
| 20 | CARGA VERDE ECR45G P/ ECHELON ARTICUL 45 MM REF EC45A                         | R\$ 2.575,71 |
| 21 | CARGA VERDE ECR60G P/ GRAMP ARTICULADO ECHELON 60MM                           | R\$ 2.362,59 |
| 22 | CARGA 6 LINHAS REF SR75 P/ GRAMP LINEAR NTLC75 ETHICON                        | R\$ 1.147,18 |
| 23 | CARGA ARTICULA TRI STAPLE 45MM REF. EGIA45AXT - 9057583/9057584               | R\$ 2.453,06 |
| 24 | CATETER PICC PERIF C-PICS-501J 5F E TAMU - 9027566COM KIT US                  | R\$ 1.938,69 |
| 25 | CATETER POWER PICC 3FR 1 LUMEN REF. 8173118 GLOBO - 9042528/9025590 COMKIT US | R\$ 2.461,63 |
| 26 | CATETER POWER PICC 5FR DUPLO LUMEN REF. 3275118 - 9032344COM KIT US           | R\$ 2.548,36 |
| 27 | CATETER TOT IMPLANT PORT 6,6FRX76CM REF. 0603880                              | R\$ 3.569,36 |
| 28 | CATETER UMBILICAL 2,5 FR MONO LUMEN REF.544-25-GABISA                         | R\$ 454,46   |
| 29 | CATETER URETERAL 5FR 70CM REF. 020015 - 9000349                               | R\$ 399,59   |
| 30 | CAT DUP LUMEN P/HD 12FRX20CM REF. CV-15122-FBZ                                | R\$ 1.618,47 |
| 31 | CAT VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN 7FRX 20CM                                      | R\$ 433,18   |
| 32 | CAT VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 14GAX20CM REF. CVC-M1420                        | R\$ 268,22   |
| 33 | CATETER DIAG JL 3,5 5 FR REF 534518T - 9000317/9012192/9000697                | R\$ 590,01   |
| 34 | CATETER DIAGNOSTICO IMPULSE 6F ALI REF. H74916599960 - 9045103                | R\$ 515,47   |
| 35 | CATETER DUP LUMEN 7FX20CM REF. CV-17702-E                                     | R\$ 437,30   |
| 36 | CATETER PICC VYGON 2FR 1 VIA - CEI COM KIT US                                 | R\$ 2.461,63 |
| 37 | CATETER PIGTAIL 6 FR OX                                                       | R\$ 557,73   |

|    |                                                                                                                   |              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 38 | COTONOIDE 13X13MM REF. 801400 - J&J                                                                               | R\$ 302,02   |
| 39 | COTONOIDE 13X38MM REF. 801404- J&J CODMANAp                                                                       | R\$ 307,76   |
| 40 | COTONOIDE 25x76MM REF. 801408 - J&J                                                                               | R\$ 345,83   |
| 41 | DRENO BLAKE 10FR HUBLESS C/TROCARTE 1/8 REF. 2227                                                                 | R\$ 518,62   |
| 42 | DRENO J. PRATT PLANO 7MM BLAKE C/TROCARTE 3/16 REF. 2212-9017716/9010756/9014359/9008882                          | R\$ 478,82   |
| 43 | ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORARIO                                                                               | R\$ 849,12   |
| 44 | ENXERTO PERICARDIO BOVINO 11x6                                                                                    | R\$ 818,80   |
| 45 | FIO GUIA HIDROFILICO INDOVASIVE0,018" X150CM MEDICAL NORDE - 9017028                                              | R\$ 932,76   |
| 46 | FIO GUIA LUNDERQUIST TSCMG-35-300-E-LESDC REF. G53971 - 9041647                                                   | R\$ 1.936,76 |
| 47 | FIO GUIA NITINOL ZIPWIRE 0,035X150CM REF. M006630205B1                                                            | R\$ 938,50   |
| 48 | FIO GUIA PERIFERICO SV 14/18 RETO / 180 REF.507714J - 9091616/9045869                                             | R\$ 2.211,94 |
| 49 | FIO GUIA RETO HIDROF 0,035X145 REF. RPC-35-145 COD. G06979                                                        | R\$ 1.038,14 |
| 50 | GRAMPEADOR ECHELON FLEX ARTICULADO 45MM EC45A J&J                                                                 | R\$ 4.409,62 |
| 51 | GRAMPEADOR ENDO GIA ULTRA 12MM LINEAR CORTANTE REF. EGIAUXL                                                       | R\$ 3.144,46 |
| 52 | GRAMPEADOR ENDOSCOPICO ATS45 ARTICULADO J&J                                                                       | R\$ 4.409,62 |
| 53 | GRAMPEADOR GIA DSTREF.GIA8038SBR - AZUL                                                                           | R\$ 2.520,54 |
| 54 | GRAMPEADOR HASTE CURTA ECHELON FLEX ARTICUL 60 MM :SC60A J&J                                                      | R\$ 3.627,30 |
| 55 | GRAMPEADOR HASTE LONGA ECHELON FLEX ARTICUL 60 MM EC 60A J&J                                                      | R\$ 4.302,08 |
| 56 | GRAMPEADOR LINEAR C/ SELETOR REF NTLC75 J&J                                                                       | R\$ 2.506,62 |
| 57 | INTRODUTOR KSAW-6.0-18/38-55-RB-ANL2-HC FLEXOR                                                                    | R\$ 1.868,40 |
| 58 | INTRODUTOR PROTESE BILIAR OA-11.5 COOK - 9009701                                                                  | R\$ 3.016,23 |
| 59 | INTRODUTOR 5F CORDIS - REF 504605X J&J -                                                                          | R\$ 960,06   |
| 60 | INTRODUTOR 5F PEDIATRICO COM GUIA 0,21MM RETO REF. 504-605S                                                       | R\$ 512,51   |
| 61 | INTRODUTOR 6F AVANTI PLUS REF. 504606X                                                                            | R\$ 960,04   |
| 62 | INTRODUTOR 6F PEDIATRICO COM GUIA 0,21 MM RETO 504606S J&J - 9000127                                              | R\$ 512,51   |
| 63 | INTRODUTOR 7F CORDIS REF 504607X                                                                                  | R\$ 960,06   |
| 64 | KIT GASTROSTOMIA PEG 24 PULL-I-S REF. PEG-24- PULL-I-S                                                            | R\$ 2.226,40 |
| 65 | LIGASURE P/ CIRURGIA ABERTA LS1120/LS1100                                                                         | R\$ 6.952,33 |
| 66 | LAMINA SHAVER COOLCUT 4MM EXCALIBUR REF. AR-8400EX - 9042279                                                      | R\$ 1.203,30 |
| 67 | MANIPULADOR UTERINO 7CM - UM 700 - INOVANE                                                                        | R\$ 1.800,58 |
| 68 | PAPILOTOMO DESC TRIP LUMEN REF. KD-V411M-0730 ENDOMEDICAL - 9017768/9039518/9036215/9036214/9033891/9015942       | R\$ 2.698,42 |
| 69 | PAPILOTOMO TRIPLO LUMEM ULTRATOME XL 3591 BOSTON-9017768/9027583 /9039516/9033891/9036214/9036215                 | R\$ 2.692,87 |
| 70 | PERNEIRA FLOWTRON PANTURRILHA 43CM REF.DVT10 RESMEDICAL - 9043501/9030091/9030090/9043502 QUALQUER TIPO E TAMANHO | R\$ 876,07   |
| 71 | PINCA P/LAPAROSC. 5MM ENDO CLINCH STANDARD AMARELO                                                                | R\$ 2.058,62 |

|    |                                                                                         |               |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 72 | PONTEIRA SHAVER GREAT WHITE 4,2MM REF. 9299A                                            | R\$ 1.203,93  |
| 73 | PRONGA (CANULA NASAL) CPAP Nº 0 - INFANTIL-BABY EASY - 9000427/9000428/90004299015189   | R\$ 910,52    |
| 74 | PROTESE BILIAR CLSO-11.5-10                                                             | R\$ 1.274,84  |
| 75 | PROTESE BILIAR OACL-10-12 REF. G25382 - 9013396/9030300/9030301/9030302/9032632/9032633 | R\$ 2.500,54  |
| 76 | RESERVATORIO J. PRATT 100 ML REF 2160 J&J                                               | R\$ 369,24    |
| 77 | RESERVATORIO J.PRATT 450ML REF: 2162 J&J                                                | R\$ 388,03    |
| 78 | STENT WALLSTENT CAROTIDEO 07X30MMX135CM REF. SCH 64707                                  | R\$ 13.911,35 |
| 79 | STENT WALLSTENT CAROTIDEO 07X50MMX135CM REF. SCH64709                                   | R\$ 13.911,35 |
| 80 | STENT WALLSTENT CAROTIDEO 8X40MMX135CM REF. SCH64708                                    | R\$ 13.911,35 |
| 81 | SENSOR BIS QUATRO ASPECT ADULTO 186-0106 - 9017694                                      | R\$ 451,21    |
| 82 | TELA DE PROLENE 15 X 15 CM XYPMH1 J&J                                                   | R\$ 581,49    |
| 83 | TESOURA ULTRASSONICA 36CM HD 1000I                                                      | R\$ 6.646,80  |
| 84 | TESOURA COAGUL CURVA ACE PLUS +7 23X5MM HARH23-9035549/9034805/9031965                  | R\$ 5.866,62  |

#### ANEXO G

| PREÇOS DAS DIETAS |         |       |
|-------------------|---------|-------|
| CLASSE            | PRODUTO | VALOR |

|                          |                                    |            |
|--------------------------|------------------------------------|------------|
| TNO ADULTO               | CUBITAN 200ML                      | R\$ 74,70  |
| TNO ADULTO               | DIASIP 200ML                       | R\$ 78,66  |
| TNO ADULTO               | ENSURE PROTEIN 220ML               | R\$ 39,33  |
| TNO ADULTO               | FFORTICARE 125ML                   | R\$ 131,10 |
| TNO ADULTO               | FRESUBIN PROT ENERGY DRINK 200ML   | R\$ 73,75  |
| TNO ADULTO               | GLUCERNA 1.5 200ML                 | R\$ 42,61  |
| TNO ADULTO               | IMPACT 200ML                       | R\$ 47,74  |
| TNO ADULTO               | FRESUBIN JUCY DRINK 200ML          | R\$ 42,61  |
| TNO ADULTO               | FRESUBIN LIPID DRINK 200ML         | R\$ 160,61 |
| TNO ADULTO               | NOVASOURCE GC 200ML                | R\$ 67,12  |
| TNO ADULTO               | NOVASOURCE RENAL 200ML             | R\$ 47,75  |
| TNO ADULTO               | NOVASOURCE PROLINE                 | R\$ 34,78  |
| TNO ADULTO               | NUTREN 1.5 200ML                   | R\$ 31,80  |
| TNO ADULTO               | NUTREN 2.0 VIT DE FRUTAS 200ML     | R\$ 45,15  |
| TNO ADULTO               | NUTRIDRINK COMPACT 125ML           | R\$ 57,69  |
| TNO ADULTO               | NUTRIDRINK COMPACT PROTEIN 125ML   | R\$ 73,41  |
| TNO ADULTO               | NUTRIDRINK MF 200ML                | R\$ 46,16  |
| TNO ADULTO               | PEPTAMEN 1.5 250ML                 | R\$ 135,42 |
| TNO PEDIATRIA            | FORTINI MULTI FIBER 200ML          | R\$ 70,32  |
| TNE ADULTO PADRÃO        | FRESUBIN 2 KCAL HP FIBRE 500ML     | R\$ 740,20 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | FRESUBIN ENERGY FIBER SF 1000ML    | R\$ 688,30 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | FRESUBIN ENERGY SF 1000ML          | R\$ 747,07 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | FRESUBINHP ENERGY SF 1000ML        | R\$ 699,52 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | FRESUBIN ORIGINAL FIBER SF 1000ML  | R\$ 517,86 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | FRESUBIN ORIGINAL SF 1000ML        | R\$ 355,08 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | NUTRISON ENERGY 1.5 PACK 1000ML    | R\$ 627,80 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | NUTRISON PROTEIN PLUS MF SF 1000ML | R\$ 677,37 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | NUTRISON SOYA 800G                 | R\$ 202,55 |
| TNE ADULTO PADRÃO        | NUTRISON ENERGY MF 1000ML          | R\$ 653,53 |
| MÓDULO - ESPESSANTE      | RESOURCE THICKEN CLEAR 1,20G       | R\$ 5,24   |
| TNE PEDIATRIA PADRÃO     | FREBINI ENERGY SF 500ML            | R\$ 434,28 |
| TNE PEDIATRIA PADRÃO     | PEDIASURE 400G                     | R\$ 91,75  |
| TNE PEDIATRIA PADRÃO     | INFATRINI 125ML                    | R\$ 56,55  |
| TNE PEDIATRIA PADRÃO     | NUTRINI MULTI FIBER SF 500ML       | R\$ 232,55 |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA | NOVASOURCE GC HP SF 1000ML         | R\$ 636,24 |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA | NOVASOURCE GI CONTROL SF 1000ML    | R\$ 603,89 |

|                             |                                          |              |
|-----------------------------|------------------------------------------|--------------|
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | IMPACT 1.5 SF 1000ML                     | R\$ 819,41   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | IMPACT SF 1000ML                         | R\$ 626,00   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | NUTRISON ADV. DIASON EBERGY HP SF 1000ML | R\$ 940,95   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | NUTRISON ADV. CUBISON PACK 1000ML        | R\$ 666,87   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | NUTRISON ADV. PROTISON SF 500ML          | R\$ 550,64   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | PEPTAMEN 1.5 SF 1000ML                   | R\$ 671,92   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | PEPTAMEN AF SF 1000ML                    | R\$ 706,74   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | PEPTAMEN INTENSE SF 1000ML               | R\$ 1.130,65 |
| TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA | PEPTAMEN JR PO 400G                      | R\$ 229,43   |
| TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA | NEOCATE LCP 400G                         | R\$ 376,93   |
| TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA | NEO ADVANCE 400G                         | R\$ 376,93   |
| TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA | ALFARÉ 400G                              | R\$ 332,13   |
| TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA | PREGOMIN PEPTI 400G                      | R\$ 319,41   |
| TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA | APTAMIL PEPTI 400G                       | R\$ 117,56   |
| TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA | ALFAMINO 400G                            | R\$ 371,46   |
| MÓDULO - PROTEÍNA           | FRESUBIN PROTEIN POWDER 300G             | R\$ 183,55   |
| MÓDULO - LIPÍDEO            | TCM COM AGE – ATLHÉTICA NUTRITION        | R\$ 98,33    |
| MÓDULO - LIPÍDEO            | TCM SEM AGE 250ML - ATLHÉTICA NUTRITION  | R\$ 98,33    |
| MÓDULO - AMINOÁCIDO         | GLUTAMAX SACHE 10G                       | R\$ 23,63    |
| MÓDULO - PROBIÓTICO         | RESOURCE FIBER MAIS 5G                   | R\$ 5,31     |
| MÓDULO - PROBIÓTICO         | RESOURCE FIBER MAIS FLORA 5G             | R\$ 13,52    |
| MÓDULO - ESPESANTE          | RESOURCE THICKEN-UP CL SACHE             | R\$ 5,71     |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | NOVASOURCE GC HP SF 1000ML SF            | R\$ 606,07   |
| TNE ADULTO ESPECIALIZADA    | NUTRISON ENERGY 1,5 SF 1000ML            | R\$ 598,05   |

## ANEXO H

### PREÇOS DOS PACOTES DA OFTALMOLOGIA

| PACOTES                                                                                                        | INCLUSÕES                                                                                                                                             | VALORES      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| FACECTOMIA<br>(Facoemulsificação)- incluso lente intraocular dobrável nacional esférica no valor de R\$ 420,00 | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / opme utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases                      | R\$ 2.297,17 |
| CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA<br>(Trabeculectomia)                                                                 | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / opme utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases                      | R\$ 1.958,25 |
| APLICAÇÃO INTRAVÍTREA COM DROGA ANTIANGIOGÊNICA                                                                | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / opme utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases e honorários médicos | R\$ 4.739,52 |
| CIRURGIA DE PTERÍGIO SOB BLOQUEIO PERIBULAR SEM COLA BIOLÓGICA                                                 | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco                         | R\$ 1.417,50 |
| EXÉRESE DE TUMOR PALPEBRAL                                                                                     | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco                         | R\$ 918,75   |
| CIRURGIA DE ESTRABISMO                                                                                         | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco                         | R\$ 1.575,00 |
| TRANSPLANTE DE CÓRNEA FACECTOMIA POR FACO EMULSIFICAÇÃO                                                        | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco                         | R\$ 6.000,00 |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE                                                        | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco                         | R\$ 6.218,62 |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA+ENDOLASER                                                              | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco                         | R\$ 7.000,00 |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER                                                           | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco                         | R\$ 6.500,00 |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE                                                       | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no                               | R\$ 7.000,00 |

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                            |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                                                                                                | bloco                                                                                                                                      |               |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+RETINOPEXIA+ENDOLASER+ ÓLEO<br>DE SILICONE+<br>INFUSÃO PFC                                                      | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis/opme utilizados no<br>bloco  | R\$ 7.500,00  |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER+<br>ÓLEO DE SILICONE+INFUSÃO PFC                                                       | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis/opme utilizados no<br>bloco  | R\$ 7.500,00  |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+RETINOPEXIA+ENDOLASER+ TROCA<br>DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS<br>C3F8                                         | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis/opme utilizados no<br>bloco  | R\$ 8.500,00  |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+MEBRANECTOMIA+ENDOLASER+<br>TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO<br>DE GÁS C3F8                                       | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis/opme utilizados no<br>bloco  | R\$ 8.500,00  |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER+<br>TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO<br>DE GÁS C3F8                                      | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis/opme utilizados no<br>bloco  | R\$ 8.000,00  |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+RETINOPEXIA+ENDOLASER+ TROCA<br>DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS<br>C3F8+ FACECTOMIA POR<br>FACOEMULSIFICAÇÃO    | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis/opme utilizados no<br>bloco  | R\$ 10.500,00 |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER+<br>TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO<br>DE GÁS C3F8+ FACECTOMIA POR<br>FACOEMULSIFICAÇÃO | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis /opme utilizados<br>no bloco | R\$ 10.500,00 |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+RETINOPEXIA+ENDOLASER+<br>INFUSÃO DE PFC +OLEO DE SILICONE<br>FACECTOMIA POR<br>FACOEMULSIFICAÇÃO               | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis /opme utilizados<br>no bloco | R\$ 10.500,00 |
| VITRECTOMIA VIA PARS PLANA<br>+MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER+<br>INFUSÃO DE PFC +OLEO DE SILICONE<br>FACECTOMIA POR<br>FACOEMULSIFICAÇÃO            | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis /opme utilizados<br>no bloco | R\$ 10.500,00 |
| DELAMINAÇÃO CORNEANA-LASIK<br>MONOCULAR/PRK- INCLUSO<br>HONORÁRIO MÉDICO                                                                       | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,<br>taxas, gases/ Medicamentos e<br>descartáveis /opme utilizados<br>no bloco | R\$ 2.100,00  |
| IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL                                                                                                                | Taxa de sala e equipamentos<br>utilizados no bloco, aluguéis,                                                                              | R\$ 2.800,00  |

|                                                                     |                                                                                                                                |              |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                                                                     | taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis /opme utilizados no bloco                                                            |              |
| IMPLANTE FARMACOLÓGICO E POLÍMERO COM LIBERAÇÃO CONTROLADA -ORZUDEX | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis /opme utilizados no bloco | R\$ 5.775,00 |
| FOTOTRABECULOPLASTIA MONOCULAR-A LASER -INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO    | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis /opme utilizados no bloco | R\$ 530,25   |
| IRIDECTOMIA MONOCULAR-A LASER - INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO            | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco  | R\$ 530,25   |
| SINEQUIOTOMIA MONOCULAR-A LASER -INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO           | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco  | R\$ 530,25   |
| PTOSE PALPEBRAL (Monocular)                                         | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco  | R\$ 587,33   |
| PTOSE PALPEBRAL (Binocular)                                         | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco  | R\$ 1.260,00 |
| TRANSPLANTE DE CÓRNEA                                               | Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco  | R\$ 5.775,00 |

| RELAÇÃO DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E MEDICAMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                 | ITEM                                               |
| 1                                                                               | Abaixador de língua                                |
| 2                                                                               | Absorvente higiênico                               |
| 3                                                                               | Aconchego                                          |
| 4                                                                               | Água oxigenada                                     |
| 5                                                                               | Álcool absoluto                                    |
| 6                                                                               | Álcool iodado                                      |
| 7                                                                               | Algodão bola e hidrofílico                         |
| 8                                                                               | Aparelho para tricotomia                           |
| 9                                                                               | Aquecedor e manta térmica                          |
| 10                                                                              | Azul de metileno                                   |
| 11                                                                              | Bacia plástica                                     |
| 12                                                                              | Band-aid                                           |
| 13                                                                              | Bandeja para raquianestesia                        |
| 14                                                                              | Blusas descartáveis                                |
| 15                                                                              | Bolsa de água quente                               |
| 16                                                                              | Bom ar                                             |
| 17                                                                              | Bomba para ordenha                                 |
| 18                                                                              | Borracha de silicone                               |
| 19                                                                              | Borracha para aspirador                            |
| 20                                                                              | Cabo bipolar                                       |
| 21                                                                              | Cadeira de apoio para banho                        |
| 22                                                                              | Calçados ortopédicos                               |
| 23                                                                              | Camisa para microcâmera                            |
| 24                                                                              | Campo cirúrgico (operatório) descartável           |
| 25                                                                              | Caneta injetora de insulina e refil correspondente |
| 26                                                                              | Cânula de Guedel                                   |
| 27                                                                              | Clorexidina degermante                             |
| 28                                                                              | Clorexidina solução antisséptica                   |
| 29                                                                              | Clorexidina tintura alcoólica                      |
| 31                                                                              | Cotonete (exceto procedimento oftalmológico)       |
| 32                                                                              | Detergentes enzimáticos                            |
| 33                                                                              | Dermoprotetores loção, creme e spray               |
| 34                                                                              | Éter                                               |
| 35                                                                              | Fitoterápicos                                      |

|           |                                                                                                                                                                           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>36</b> | Formol                                                                                                                                                                    |
| <b>37</b> | Máscara não-reinalante                                                                                                                                                    |
| <b>38</b> | Bitrack                                                                                                                                                                   |
| <b>39</b> | Pastilhas (antiinflamatórias/analgésicas para afecções da faringe)                                                                                                        |
| <b>40</b> | PVPI degermante                                                                                                                                                           |
| <b>41</b> | PVPI tópico                                                                                                                                                               |
| <b>42</b> | Shampoo (ex.: Deltacid)                                                                                                                                                   |
| <b>43</b> | Simdax (exceto para pacientes comprovadamente em uso de betabloqueador nas últimas 24 horas e Insuficiência Cardíaca Congestiva que não respondeu a nitrato e diuréticos) |
| <b>44</b> | Tintura de benjoim                                                                                                                                                        |
| <b>45</b> | Tuberculostáticos (medicamento distribuído pelo Programa de Dispensação do Governo Federal)                                                                               |
| <b>46</b> | Vacinas, imunobiológicos (refere-se aqueles do Programa de Imunização do Ministério da Saúde)                                                                             |

## 2. RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE

Não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médico-cirúrgicos:

- a. Cirurgia plástica estética de embelezamento de qualquer natureza;
- b. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- c. Utilização de artigos importados quando houver similar nacional de boa qualidade;
- d. Aquisição de óculos e aparelhos correlatos;
- e. Cirurgias não-éticas, inclusive interrupção de gestação;
- f. Cirurgias não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e outros Conselhos e, tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- h. Internação para rejuvenescimento e obesidade com finalidade estética;
- i. Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;
- j. Teste de DNA e implante hormonal;
- k. Internação para CHECK-UP, investigação diagnóstica de caráter eletivo ou para realização de exames meramente ambulatoriais.

Além dos atendimentos médico-cirúrgicos elencados no item anterior, **não serão** cobertos **aos usuários da PASS** pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos (~~médico-cirúrgicos~~) (Portaria Nº 117-DGP, de 19 de MAIO de 2008):

- a. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- b. Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- c. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- d. Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;
- e. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- g. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- h. Aplicação de vacinas preventivas;
- i. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- j. Aparelhos ortopédicos;
- k. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- l. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- m. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;
- n. Enfermagem em caráter particular;
- o. Avaliações pedagógicas;
- p. Orientações vocacionais;
- q. Psicoterapia com objetivos profissionais;
- r. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
- s. Asilamento de idosos;
- t. Tratamentos ortodônticos ou de implantodontia;
- u. Próteses odontológicas de qualquer tipo;
- v. Transplantes ósseos e implantes;
- w. Restaurações utilizando porcelana; e
- x. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos; e
- y. Aquisição de artigos por importação;

As seguintes despesas e procedimentos médico-odonto-hospitalares **não serão cobertos nem financiados pelo SAMEx-Cmb**, sendo vedada a sua implantação (Nota Informativa Nº 001 - DSau, de 13 de outubro de 2011):

- a. Atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de beneficiário previsto o número 6) da alínea b, do item 4, da Nota referida), após a alta da mãe;
- b. Avaliação psicológica para manutenção do registro e autorização de porte de arma de fogo;
- c. Tratamentos e manutenção ortodônticos, ortopedia funcional dos maxilares, cirurgia ortognática eletiva e implantodontia, inclusive próteses odontológicas ligadas a estes;
- d. Procedimentos e componentes odontológicos em geral realizados em laboratórios ortodônticos ou de próteses odontológicas (exemplo: prótese e aparelho ortodôntico);
- e. Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia, além do limite de 8 sessões em um período de 30 dias;
- f. Tratamento na área de psicoterapia, além do limite de 4 sessões em um período de 30 dias;
- g. Tratamento na área de reabilitação que ultrapasse o limite de 200 sessões para o total do tratamento, dentro de cada área;
- h. Procedimento de natureza estética, inclusive cirurgia plástica estética de embelezamento;
- i. Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;
- j. Aquisição de óculos e artigos correlatos;
- k. Hospitalização que objective, especificamente, os tratamentos de portadores de necessidades educativas especiais, exceto quando acometidos por patologias comuns à população em geral;
- l. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência não seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia;
- m. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;
- n. Aquisição de Órteses e Próteses importadas ou por meio de importação, mesmo registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- o. Implante hormonal;
- p. Teste de DNA;
- q. Tratamento de infertilidade, fecundação e fertilização; e
- r. E outros a critério do Chefe do Departamento Geral do Pessoal (DGP), ouvida a Diretoria de Saúde (DSau).

Os gastos extraordinários com refeições extras para o acompanhante, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas, telefonemas, enfim, tudo o que não for pago pelo CREDENCIANTE, serão cobrados pelo CREDENCIADO diretamente do paciente ou seu responsável, sem que o CREDENCIADO seja interveniente; e

A cobertura de **transplantes de córnea e rim** bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos **será autorizada para:**

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes neste Referencial.

Os serviços cujos valores não estão previamente definidos neste Referencial terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos itens 2 e 3, no que couber, e mediante negociação.

Recife-PE, 27 de Dezembro de 2024

---

ANDRÉA GUIMARÃES GURGEL - Cel Med QEMA  
**Diretora do Hospital Militar de Área de Recife**

**ANEXO III**  
**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS E CLÍNICAS**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**  
**(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

**CREDENCIANTE:** UNIÃO FEDERAL / EXÉRCITO BRASILEIRO

**CREDENCIADO:** \_\_\_\_\_

**OBJETO:** Prestação de serviços médico-hospitalares

**NATUREZA:** Ostensivo

**VIGÊNCIA:** \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - OCS

A UNIÃO FEDERAL, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), órgão do Exército Brasileiro, com sede na cidade de Recife-PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, inscrito no CNPJ sob o Nº 09.577.422/0001-07 (Principal) e 09.577.422/0002-80 (Secundário), neste ato representado por seu Ordenador de Despesas, o \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ EB/MD, CPF Nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **Credenciante**, e a \_\_\_\_\_, com sede situada à \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o Nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ (Órgão Expedidor), CPF Nº \_\_\_\_\_, daqui por diante denominado **Credenciado**, 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**

1.1 O objeto deste credenciamento é regular a prestação de assistência médica e hospitalar, exames complementares e tratamentos pelo **Credenciado** aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) aqui denominados simplesmente beneficiários, na qual estão incluídas a assistência por profissionais de saúde e todos os recursos necessários ao atendimento em regime de internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico, ambulatorial, e em Unidade de Tratamento de Intensivo e inclusos os serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento.

1.2 Aplicam-se as regras deste Termo de Credenciamento aos procedimentos realizados a nível **AMBULATORIAL e HOSPITALAR** pelo **Credenciado**.

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

Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

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

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

## **CLÁUSULA QUARTA - Da dotação orçamentária**

4.1 Os recursos financeiros para pagamento dos serviços realizados com base neste Termo de Credenciamento são provenientes da Gestão 00001-Orçamento Geral da União, relacionados aos programas de Trabalho para os beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS.

4.2 As faturas serão empenhadas na Natureza de Despesa 339039 e 339036, para qualquer dos Programas de Trabalho citados no item 3.1.

4.3 Visando cumprir o Artigo 72, IV da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021, **deverão ser empregados os recursos nas seguintes condições:**

| PI                                                                                          | ND <sup>1</sup> | Fonte      | PTRES <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|
| FUSEX                                                                                       | 339039-OCS      | 0170270013 | 171500             |
| FUSEX                                                                                       | 339036-PSA      | 0170270013 | 175000             |
| FUSEX                                                                                       | 339047-IMPOSTO  | 0170270013 | 175000             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339036-PSA      | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339039-OCS      | 0150270001 | 171497             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339036-PSA      | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339039-OCS      | 0170270037 | 171499             |
| EX CBO                                                                                      | 339036-PSA      | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339047-IMPOSTO  | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339039-OCS      | 0151000000 | 171498             |
| Poderá ser usada outra classificação orçamentária que substitua a elencada no quadro acima. |                 |            |                    |

## **CLÁUSULA QUINTA - Da identificação dos beneficiários.**

5.1 São considerados **beneficiários**, para fins deste credenciamento, as pessoas portadoras de documento de identificação que ateste tal condição, conforme abaixo. Ressaltando-se que a aceitação do **beneficiário** dependerá sempre de **autorização prévia**, que será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, salvo situações de

urgência ou emergência médica, conforme especificado no **item 4 da Cláusula Sexta- Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento.**

a) **Beneficiários do SAMMED:** Militares da ativa e na inatividade, seus dependentes definidos no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas dos militares (não contribuintes do FuSEx) e seus dependentes que foram instituídos, em vida pelo militar gerador do direito, identificados pela cédula de identidade;

b) **Beneficiários do FuSEx:** Militares do Exército da ativa, da reserva ou reformado e pensionistas, todos contribuintes do FuSEx, bem como seus dependentes, identificados pela cédula de identidade e o Cartão de Beneficiário do FuSEx, ou na falta deste, por Declaração Provisória de Beneficiário, emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o militar titular;

c) **Beneficiários do SAMEx-Cmb:** é aquele que tenha efetivamente participado de operações bélicas durante a Segunda Guerra Mundial, como integrante da Força do Exército e da Força Expedicionária Brasileira, bem como pensionistas e dependentes definidos pelo Art. 5º da Lei Nº 8.059, de 4 de julho de 1990, identificados pelo Cartão do Beneficiário do SAMEx-Cmb ou declaração provisória; e

d) **Beneficiários da PASS:** Servidores civis do Exército Brasileiro, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, optantes pela PASS, identificados pelo Cartão de beneficiário da PASS ou Declaração Provisória emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o Servidor Civil e cédula de identidade.

e) Militares de nações amigas (adidos militares, adjuntos e auxiliares estrangeiros) acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais.

## **CLÁUSULA SEXTA - Do regime de execução e responsabilidade das partes**

### **6.1 Indicações para atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada:**

6.1.1 O encaminhamento de **Beneficiários**, para atendimento hospitalar ou ambulatorial, em Organizações Civis de Saúde (OCS) credenciadas, será realizado em caráter complementar ao atendimento prestado nas instalações do **Credenciante**. O paciente poderá ser encaminhado a partir de atendimento em consultório, setor de emergência ou internamento (transferência).

6.1.2 A solicitação do tratamento, procedimento ou exame diagnóstico poderá ser feita por médico assistente, militar ou civil. Essa solicitação sempre será submetida à análise de médico militar designado para realizar triagem, que aprovará, em formulário próprio, o encaminhamento para atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada, e a indisponibilidade do serviço nas instalações do próprio **Credenciante**.

6.1.3 A escolha do prestador do serviço médico-hospitalar, dentre os disponíveis na rede credenciada/conveniada do **Credenciante**, sempre será um direito do paciente, familiar ou responsável, não havendo por parte do CREDENCIANTE obrigação de promover demanda mínima de encaminhamento ao **Credenciado**.

6.1.4 Os encaminhamentos poderão ser **suspensos** caso haja uma das irregularidades constantes do subitem 11.4.7, da **Cláusula Décima Primeira**, até a regularização da situação em pauta.

### **6.2 Da autorização do encaminhamento**

6.2.1 O encaminhamento para o **Credenciado** será **previamente autorizado** pelo **Credenciante**, salvo os casos de urgência ou emergência, que serão tratados na forma definida no item 6.4 desta cláusula.

6.2.2 A autorização será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, podendo ser apresentada na forma provisória, ou seja,

preenchida manualmente, por motivo de indisponibilidade dos sistemas de informação do **Credenciante**.

6.2.3 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data de expedição.

6.2.4 **Os materiais e procedimentos cirúrgicos eletivos de alto custo** serão autorizados pela Administração em orçamento feito e apresentado pelo **Credenciado**. O orçamento deve apresentar de forma discriminada os itens que serão utilizados no tratamento.

6.2.5 Relativo aos **pacientes já internados** no **Credenciado**, para todo e qualquer **material de alto custo ou procedimento cirúrgico eletivo indicado**, diferente do autorizado na Guia de Encaminhamento inicial, deverá ser **solicitada autorização ao Médico Auditor com antecedência de 72 horas**. **Procedimentos cirúrgicos, exames diagnósticos e materiais de alto custo, em casos de urgência ou emergência não necessitam autorização prévia do Credenciante**, devendo ser **justificada** a condição urgência/emergência ao Médico Auditor, por escrito.

6.2.6 Quando, durante a internação, houver intercorrência que modifique o tratamento clínico ou cirúrgico autorizado, o médico assistente justificará a alteração através de relatório, ficando o **Credenciante** responsável pelas despesas decorrentes, após comprovar a urgência ou emergência do procedimento.

6.2.7 Tratamento ambulatorial e exames complementares indicados pelo médico assistente, após alta hospitalar, deverão ser autorizados pelo **Credenciante** por meio de nova Guia de Encaminhamento. Para tanto o **beneficiário** ou responsável deve retornar ao médico militar no **Credenciante** para obtenção desta nova Guia de Encaminhamento.

6.2.8 **Internações hospitalares prolongadas** deverão ser **renovadas a cada 10 (dez) dias**, prazo que poderá ser ajustado conforme necessidade mediante nota informativa emitida pelo Credenciante.

### **6.3 Providências do CREDENCIADO quanto ao atendimento**

6.3.1 O atendimento acontece com o ato de acolhimento do **Beneficiário**, seguido obrigatoriamente da identificação e do recebimento da Guia de Encaminhamento para que seja realizada a prestação de serviços contratados, salvo os casos de urgência e emergência, em que a Guia de Encaminhamento deverá ser remetida posteriormente, conforme orientado no item 6.4.

6.3.2 **O Credenciado, não poderá realizar cobranças** relativas ao tratamento autorizado, diretamente ao **beneficiário**, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos por este credenciamento, salvo mediante apresentação do **ANEXO XIV**, nem orientar o **beneficiário** a pleitear o reembolso posterior junto ao **Credenciante**. **Os procedimentos não cobertos** devem ser analisados pelo **Credenciante** antes de processados, pois para fins de ressarcimento necessitam de autorização prévia, salvo casos de urgência ou emergência comprovada por médico auditor.

6.3.3. As internações serão feitas de acordo com a disponibilidade de vagas, não se responsabilizando o **Credenciado**, quando suas acomodações estiverem totalmente ocupadas, ou sua capacidade de atendimento saturada.

6.3.4 Os **Beneficiários** se submeterão ao prévio agendamento dos exames e procedimentos ambulatoriais, salvos os casos de urgência e emergência.

6.3.5 **Caso haja solicitação por parte do beneficiário pela prestação de serviço não coberto ou autorizado pelo Credenciante**, com a anuência deste, o **Credenciado** poderá disponibilizar o serviço pretendido, a seu critério, realizando a **cobrança diretamente ao Beneficiário, havendo ainda a necessidade de apresentar ANEXO XIV**.

6.3.6 O **Credenciado** deve informar ao **Credenciante** toda internação hospitalar efetivada, eletiva ou de urgência/emergência, no prazo de até dois dias úteis da data de internação, utilizando o endereço eletrônico: [fusexinternacao@gmail.com](mailto:fusexinternacao@gmail.com), ou outro e-mail a ser disponibilizado pela Administração mediante nota informativa emitida pelo

Credenciante, independente das obrigações dos **beneficiários**, com o **Credenciante**. A informação deve conter **nome, código de beneficiário, data e hora da internação e situação do atendimento** (eletivo/urgência/emergência).

6.3.7 As internações de urgência, sem guia, não comunicadas por e-mail em até 48h úteis, serão passíveis de glosa administrativas e poderão ser desconsideradas para fins de cobertura pelo sistema de Saúde do Exército

6.3.8 Os óbitos deverão ser informados ao FuSEx no dia da ocorrência ou no primeiro dia útil imediatamente após o fato, utilizando o endereço eletrônico [fusexinternacao@gmail.com](mailto:fusexinternacao@gmail.com) ou ao médico da auditoria concorrente.

#### **6.4 Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento**

6.4.1 **Somente será autorizado o atendimento sem a (GE), nos casos de urgência ou emergência. A comprovação da urgência/emergência será feita pelo Médico Auditor do Credenciante.**

6.4.2 Nos atendimentos de urgência e/ou emergência o **Credenciado** deverá proceder da seguinte maneira:

a) Identificar o **Beneficiário** na forma da **cláusula quinta**, deste credenciamento, **não** podendo exigir do **Beneficiário** a obtenção de Guia de Encaminhamento, ou de qualquer outro documento que vise uma autorização por parte do **Credenciante**, para a realização dos procedimentos de urgência/emergência;

b) O **Credenciado** deverá orientar o **Beneficiário** ou seu representante legal a assinar Termo de Responsabilidade sobre as despesas para com o **Credenciado** (modelo próprio do **Credenciado**), não podendo exigir outra forma de garantia;

c) Deverá o **Credenciado**, comunicar o fato ao Médico Auditor do **Credenciante**, **no prazo de até dois dias úteis do ocorrido**, fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência, independente de qualquer obrigação do **Beneficiário** com a Instituição Militar; e

d) Orientar o **Beneficiário**, ou seu responsável, a providenciar a Guia de Encaminhamento junto ao **Credenciante** e posterior entrega ao **Credenciado** e substituição do Termo de Responsabilidade.

6.4.3 O Credenciante providenciará a Guia de Encaminhamento após ter tomado conhecimento e comprovada a urgência/emergência do atendimento.

6.4.4 Na impossibilidade de realizar a identificação do Beneficiário, o **Credenciado** fica desobrigado a atendê-lo, nas condições pactuadas no presente credenciamento.

#### **6.5 Orçamento**

6.5.1 Todos os procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou intervencionistas, e a utilização no atendimento de órteses, próteses, materiais ou medicações de alto custo, **necessitarão ser autorizados por Médico Auditor do Credenciante**. Para esta autorização, o **Credenciado** deverá apresentar ao Credenciante **orçamento discriminado**.

6.5.2 O **Credenciado** deverá confeccionar orçamentos, na forma individualizada para cada paciente.

6.5.3 Quando houver **necessidade de utilização de órteses, próteses ou materiais de alto custo**, o **Credenciado** encaminhará ao **Credenciante**, **03 (três) orçamentos em papel timbrado de fornecedores** distintos. Estes orçamentos deverão discriminar item a item os materiais contidos na solicitação médica. Na impossibilidade do cumprimento deste item, o **Credenciado** deverá enviar justificativa, por escrito, para tal.

6.5.4 A Administração verificará a disponibilidade do material com fornecedores próprios do **Credenciante**, e, em caso positivo, o material será adquirido pelo **Credenciante** e encaminhado às instalações do **Credenciado**. Caso não disponha de

forneecedores próprios, será autorizado o orçamento mais conveniente após análise dos preços e informado ao **Credenciado**.

## **6.6 Do padrão de acomodações**

6.6.1 Os **beneficiários** têm direito aos padrões de acomodações hospitalares previstas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (ANEXO II).

6.6.2 Os militares da reserva ou reformados que perceberem vencimentos de grau hierárquico superior ao seu, ou pensionistas de militares nesta situação, tem direito à utilização dos padrões de acomodações referentes ao valor descontado, desde que o **beneficiário** apresente ao **Credenciante** contracheque que comprove esta situação e seja emitida a Guia de Encaminhamento com o padrão correto.

6.6.3 Caso o paciente seja transferido para a U.T.I, U.T.I. neonatal ou berçário, a dependência (quarto ou enfermaria) deve ser desocupada pelo acompanhante. Caso o acompanhante do paciente resolva ficar nas dependências do **Credenciado**, este deverá assumir os custos diretamente com o prestador do serviço.

6.6.4 No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com o padrão acima definido, o **Credenciado** obrigar-se-á, a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, **sem ônus para o beneficiário ou para o Credenciante**, até que ocorra vaga, quando então, será transferido.

6.6.5 É reservado ao beneficiário o direito de optar por instalações superiores às credenciadas, assim como pela utilização de itens complementares de conforto, para si e seu dependente, não constante em sua Guia de Encaminhamento. **Neste caso, caberá ao Credenciado cobrar diretamente do Beneficiário a diferença econômica (que inclui honorários profissionais, diárias, gastos com frigo, entre outros), resultante deste direito.** O **Credenciante** não assumirá em hipótese alguma despesas desta natureza.

## **6.7 Consultas especializadas, exames e procedimentos não disponíveis pelo credenciado.**

6.7.1 Pacientes internados nas instalações do Credenciado, que necessitem de atendimento com profissional de saúde não disponível pelo Credenciado, bem como exames ou procedimentos que necessitam ser realizados em outros estabelecimentos, fora do especificado como endereço do atendimento, **deverão ser realizados prioritariamente na rede credenciada do Credenciante**, depois de autorizado por este.

6.7.2 No caso de ser utilizada a rede credenciada do **Credenciante**, o profissional do **Credenciado**, que está assistindo o paciente, deverá solicitar a avaliação especializada, exame ou procedimento por escrito em formulário próprio do **Credenciado**, que deverá ser submetido à análise e aprovação pelo **Credenciante**.

## **6.8 Remoção de paciente internado nas instalações do CREDENCIADO.**

6.8.1 Quando houver necessidade de remoção de ambulância para transferências hospitalares, realização de exames em outros hospitais ou clínicas especializadas, a responsabilidade e o custo ficam por conta do **Credenciado**.

6.8.2 O **Credenciante** não arcará com qualquer despesa decorrente de transporte de pacientes, não podendo ser objeto de cobrança pelo **Credenciado**, com fundamento neste instrumento de credenciamento.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - Dos serviços prestados e respectivos valores**

7.1 O valor é estimado deste Termo de Credenciamento, para fazer face às despesas relativas ao seu objeto, devendo ser tratado apenas como dado estatístico, visando determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento. Não pode, portanto, servir de base rígida para apresentação de Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período.

7.2 Estima-se o valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), para o primeiro ano de vigência deste Termo de Credenciamento.

7.3 Os atendimentos que poderão ser realizados por meio deste credenciamento ou, eventualmente, incluso por termo aditivo, restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **Beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento. **Esses serviços compreendem, sucintamente, os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos, os atendimentos de urgência e emergência, bem como o fornecimento e utilização de todos os recursos necessários à prevenção da doença e à recuperação da saúde dos beneficiários, incluindo:**

a) **Consultas e outros atendimentos médicos, em clínicas básicas e especializadas, em consultório, pronto socorro 24 horas ou paciente internado (visita hospitalar);**

b) **Internação clínica, cirúrgica e em Unidade de Tratamento de Intensivo (UTI);**

c) **Serviços de apoio em especialidade de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;**

d) **Exames complementares cardiológicos, laboratoriais e de imagem, para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença;**

e) **Atendimento nas áreas de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, e demais áreas terapêuticas a reabilitação física e psicológica;**

f) **Atendimentos especializados como: quimioterapia, radioterapia, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; e**

g) **Demais recursos necessários: medicamentos, anestésicos, gases medicinais, hemoderivados e demais recursos terapêuticos para utilização em regime hospitalar; serviços gerais de enfermagem, alimentação específica ou normal, e nutrição parenteral ou enteral; acomodação e alimentação ao acompanhante do paciente; equipamentos e materiais, e outros.**

7.4 Somam-se aos serviços supracitados, os descritos pelo **Credenciado**, por meio do Anexo \_\_\_\_ do Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organização Civil de Saúde (OCS) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA), do Hospital Militar de Área de Recife, a saber:

## **CLÁUSULA OITAVA - Dos serviços não atendidos pelo credenciamento**

8.1 **Não** devem ser prestados por este instrumento **os serviços não cobertos pelo SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS** conforme o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), informados pelo **Credenciante**. **É expressamente proibida** a subcontratação dos serviços relacionados neste Termo de Credenciamento.

8.2 Os gastos extraordinários com refeições extras para o acompanhante, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas, telefonemas, enfim tudo o que não for pago pelo **Credenciante**, serão cobrados pelo **Credenciado**, diretamente do paciente ou seu

responsável. Quando autorizado pelo médico auditor as despesas com refeição do acompanhante poderão ser incluídas na conta hospitalar.

## **CLÁUSULA NONA - Dos preços dos serviços**

9.1 O **Credenciante** se compromete a pagar os serviços prestados na forma deste Termo de Credenciamento, observados as dotações dispostas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, cujos valores foram autorizados pela Diretoria de Saúde, conforme Parecer Técnico nº \_\_\_\_\_ DSau/SRAM, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

9.2 Os honorários e procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgência realizados em Organização Cível de Saúde (OCS) de Baixa, Média, Alta Complexidade serão calculados pelo Acordo CEHM– Comissão Estadual de Honorários Médicos no Estado de Pernambuco.

9.3 Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) com **acréscimo** de vinte por cento (20%) para OCS que exerçam atividades de filantropia e de trinta e dois por cento (32%) para as demais OCS. O valor de ICMS será de acordo com estabelecido para o Estado de Pernambuco, vigente para o ano corrente.

Quando existir quimioterápico (antineoplásico) genérico este será pago preferencialmente.

9.4 Os quimioterápicos serão remunerados conforme dose fracionada consumida, exceto para drogas sem estabilidade ou com estabilidade de até 24 horas. Em caso de drogas que tenham estabilidade adequada para segunda infusão, será cobrado pela quantidade consumida.

9.5 Os serviços de saúde que não constem no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS do H Mil A Recife (**ANEXO II**), poderão ser realizados excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmnd 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados do Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços credenciados.

9.6 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS do H Mil A Recife (**ANEXO II**).

9.7 Para materiais descartáveis será considerada a tabela de material descartável (**ANEXO “E”**). Os materiais descartáveis de valor superior à R\$ 700,00 (setecentos reais), necessitam de aprovação pelo médico Auditor do **Credenciante**, com exceção dos casos de urgência/emergência e risco de vida.

9.8 Para OPME será utilizado a tabela do anexo; quando o OPME não constar nesta tabela, será solicitado o envio de 03 (três) orçamentos em papel timbrado de fornecedores distintos. Estes orçamentos deverão discriminar item a item os materiais contidos na solicitação médica. Na impossibilidade do envio dos orçamentos neste formato, o **Credenciado** deverá enviar justificativa, por escrito, para tal.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - Do reajustamento de preços e atualização monetária**

10.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto na Lei Nº 14.133/21, sempre vinculados ao Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado neste Edital do Hospital Militar de Área de Recife, após homologação do Escalão Superior, passando a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da(s) data(s) de suas assinaturas, e dentro do que possibilita o Decreto Nº 1.054/94 e alterado pelo Decreto Nº 1.110/94, Leis Nº 8.800/94 e Nº 192/01.

10.2 Qualquer reajuste de preço só terá validade em função de reajuste nas tabelas mencionadas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Civas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado em Termo Aditivo (mediante parecer jurídico e aprovação pelo Escalão Superior).

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das condições de pagamento**

### **11.1 Da apresentação das faturas**

11.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo CREDENCIADO em 01 (uma) via, em nome do Hospital Militar de Área de Recife, com maior brevidade possível.

11.1.2 As **faturas ambulatoriais** deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica e documento que comprove a realização do serviço.

11.1.3 Para as **faturas de internamentos hospitalares e atendimentos em Pronto Atendimento**, o prontuário médico com o devido consumo faturado ficará disponível para a auditoria *in loco*, sendo apresentado ao **Credenciante** a relação dos **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços realizados, com as Guias de Encaminhamento (GE), acompanhadas de toda documentação comprobatórias da realização do procedimento cirúrgico e/ou internação. No caso de material de alto custo, ou medicamentos, materiais descartáveis e materiais especiais, deverá constar junto à documentação o código de barra do OPME utilizado.

11.1.4 A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; Nº do código de beneficiário; Nº do prec-cp; nº da PASS), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em Reais por item discriminado) e valor total da fatura.

11.1.5 **Será obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro. Em períodos regulados pelo **Credenciante**, as prorrogações das internações deverão ser feitas por meio de emissão de nova Guia de Encaminhamento.

11.1.6 Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de **beneficiário** (SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb, PASS e aguardando Prec-CP) e outros conforme orientado pelo **Credenciante**.

11.1.7 A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer de **em horários regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externas do H Mil A Recife.

11.1.8 A fatura deverá ser entregue ao CREDENCIANTE em até 90 (noventa) dias ininterruptos, exceto nos casos de óbito (ver item 11.1.9) a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE. As GE apresentadas pelo paciente ao credenciado após 30 (trinta) dias da sua emissão só poderão ser aceitas se estiverem revalidadas pelo FuSEx/HMAR.

11.1.9 No caso de óbito, a fatura referente à internação deverá ser remetida em até 7 (sete) dias à Seção de Contas Médicas Externas para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

## 11.2 Da lisura e glosas

11.2.1 As faturas apresentadas pelo Credenciado referente aos serviços prestados aos beneficiários do **Credenciante** serão submetidas à lisura pré-pagamento.

11.2.2 É reservado ao **Credenciante**, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

11.2.3 O **Credenciante** terá prazo de **30 (trinta) dias corridos** para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

11.2.4 O **Credenciado** será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa. Uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o **Credenciado** terá o máximo de **10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

11.2.5 O **Credenciado**, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao **Credenciante**.

11.2.6 No caso do **Credenciado**, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo **Credenciante**, não cabendo ao **Credenciado** recurso posterior.

11.2.7 Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

11.2.8 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado** a cobrança dos valores glosados diretamente do **beneficiário**.

11.2.9 Para efeito deste credenciamento, **os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo.**

## 11.3 Dos motivos de glosa

11.3.1 Serão motivos de glosa por parte do **Credenciante**:

a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória. **Salvo guia remetida com assinatura digital;**

- b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;
- c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;
- d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;
- e) A falta de data de atendimento na fatura;

f) A falta de data ou assinatura do **beneficiário** no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);

g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);

h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;

i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;

j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;

k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;

l) A falta de especificação na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;

m) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e

n) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

11.3.2 O **Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento anexadas às faturas com data de encaminhamento **superior a 90 (noventa) dias de sua emissão ou de 60 (sessenta) dias após a execução dos serviços**.

## 11.4 Do pagamento

11.4.1 O **Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a lisura, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior**.

11.4.2 A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço prestado e se dará conforme disposto no Art 36 § 4º da Instrução Normativa Nº 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$EM = I \times N \times VP$ , onde:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

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

VP = Valor da parcela em atraso

11.4.3 Sobre o valor devido ao **Contratado**, a Administração reterá o **Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)**, a **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)**, a **Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** e a **Contribuição para o PIS/PASEP**, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 480, de 15 de dezembro de 2004, além do valor correspondente ao **Imposto Sobre Serviços (ISS)**.

11.4.4 O **Credenciado** apresentará Nota Fiscal, em **até 5 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

11.4.5 O pagamento da despesa pelo agente recebedor se dará através de crédito bancário na conta da empresa, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

11.4.6 Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta ao SICAF e na falta deste através das respectivas certidões.

11.4.7 No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual**), CADIN (Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal), CEIS (Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas), CNJ de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do **Tribunal de Contas da União**, ou falta de atualização do cadastro do CREDENCIADO no SICAF será realizado os seguintes procedimentos, conforme orientação do Escalão Superior:

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável **até atingir o limite de 60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a cláusula décima quinta deste instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

11.4.8 Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem as seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

11.4.9 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.

11.4.10 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).

11.4.10.1 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.

11.4.11 As partes concordam que, na hipótese de o HMAR efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado efetivamente pelos serviços prestados, motivada por erro próprio ou da **Contratada**, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à da comprovação do ocorrido.

11.4.12 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente que está sendo atendido qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de questões administrativas que possam lhe causar transtornos. A não observância poderá resultar na aplicação das sanções previstas neste credenciamento garantidos o contraditório e a ampla defesa.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da vigência**

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 DÉCIMA TERCEIRA – Dos acréscimos e supressões**

13.1 O presente Termo de Credenciamento poderá receber **termos aditivos e apostilamentos** que ajustem acréscimos ou retiradas de serviços existentes, por ocasião de sua assinatura, com os competentes reajustes ou não de preços, respectivamente, se formulados durante a sua vigência.

13.2 O presente Termo de Credenciamento poderá ser alterado unilateralmente pelo **Credenciante**, quando houver modificação das especializações dos serviços, visando a melhor adequação técnica aos seus objetivos, quando for necessário modificar o valor contratual, em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites, ou mediante acordo entre as partes, nas hipóteses previstas no Art. 124 na Lei Nº 14.133/21.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização**

14.1 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo **Credenciante**, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados pelo Credenciado, através do **fiscal de contrato**, com o auxílio dos componentes do **Credenciante**, que realizam a auditoria concorrente (Art. 117 da Lei Nº 14.133/21), reservando-se o direito de recusar ou sustar a prestação dos serviços que não sejam executados dentro das condições estipuladas neste instrumento contratual.

14.2 O **Credenciante** realizará o acompanhamento de desempenho do **Credenciado**, por intermédio das informações das auditorias realizadas e registradas nos processos de pagamento, assim como das irregularidades elencadas nos itens supracitados desta cláusula, anexando ao processo, às respectivas informações.

14.3 O **Credenciado** garantirá acesso às suas instalações aos auditores do **Credenciante**, para fins de averiguação ou de verificação da qualidade das instalações e dos serviços credenciados, disponibilizando-lhes todas as informações e documentos requeridos.

14.4 Quando forem detectadas irregularidades, o **Credenciante** solicitará ao **Credenciado** que envie suas justificativas, por escrito e no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da solicitação.

14.5 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **Credenciado** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas, ou a rescisão do credenciamento.

14.6 Caberá ao **Credenciado** obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, reservando-se o **Credenciante** o direito de recusar ou sustar a prestação de serviços não previstos nas normas estabelecidas.

14.7 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste instrumento contratual por auditores do **Credenciante** não exclui nem reduz a responsabilidade do **Credenciado**. A responsabilidade a que se refere a presente cláusula estende-se à reparação de dano por falta eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagem.

14.8 O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do credenciamento, não excluindo ou reduzido essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado.

#### **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - Das sanções**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Da rescisão**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Dos direitos das partes**

17.1 Constitui direito legal do **Credenciante** ter o serviço prestado, objeto deste termo de credenciamento, dentro dos prazos e nas demais condições estabelecidas neste credenciamento e em seus anexos.

17.2 São direitos legais do **Credenciado**:

- a) Receber do **Credenciante** o pagamento pela prestação dos serviços, objeto deste Termo de Credenciamento, nos prazos e condições estabelecidas no mesmo; e
- b) Requerer ao **Credenciante** a rescisão deste Termo de Credenciamento, caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no mesmo ou venha a ocorrer quaisquer das previstas nos incisos § 2º, IV do Art. 137 da Lei Nº 14.133/21.

17.3 O **Credenciado** reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão contratual, previstos na Lei Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Das obrigações e responsabilidades do CREDENCIADO**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Das obrigações do CREDENCIANTE**

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

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - Da negação de remuneração a Militares e servidores**

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 VIGÉSIMA PRIMEIRA - Da subcontratação**

É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Das isenções tributárias**

22.1 Caberá ao **Credenciado** o recolhimento dos tributos e taxas federais, municipais, decorrentes das faturas apresentadas.

22.2 O Exército Brasileiro, representado neste instrumento, não poderá ser alegado, ou servir como amparo a pretendidas isenções tributárias, ou motivo a favores fiscais, que incidam ou venham a incidir sobre os atos ou questões que caibam ao **Credenciado** ou ao usuário.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - Domicílio Foro**

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

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

Recife-PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante da OCS)**

(Razão Social da OCS)

Idt Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Ordenador de Despesas) - (Posto)**

Ordenador de Despesas do Hospital Militar de  
Área de Recife

Idt Nº \_\_\_\_\_ MD/EB

\_\_\_\_\_  
**(Nome)**

Testemunha

Idt Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Nome)**

Testemunha

Idt Nº \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**  
**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO DE CLÍNICAS DE**  
**REABILITAÇÃO FÍSICA**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**  
**(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

**CREDENCIANTE:** UNIÃO FEDERAL / EXÉRCITO BRASILEIRO

**CREDENCIADO:** \_\_\_\_\_

**OBJETO:** Prestação de serviços de medicina e reabilitação física

**NATUREZA:** Ostensivo

**VIGÊNCIA:** \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ à \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - OCS

A UNIÃO FEDERAL, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), órgão do Exército Brasileiro, com sede na cidade de Recife-PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, inscrito no CNPJ sob o Nº 09.577.422/0001-07 (Principal) e 09.577.422/0002-80 (Secundário), neste ato representado por seu Ordenador de Despesas, o \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ EB/MD, CPF Nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **Credenciante**, e a \_\_\_\_\_, com sede situada à \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o Nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ (Órgão Expedidor), CPF Nº \_\_\_\_\_, daqui por diante denominado **Credenciado**, 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**

1.1 O Objeto deste Termo de Credenciamento é regular a prestação de serviços de saúde na área de \_\_\_\_\_, pelo **Credenciado**, aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) aqui denominados simplesmente **beneficiários**, na qual estão incluídas: (*enumerar os serviços*).

1.2 Aplicam-se as regras deste Termo de Credenciamento aos procedimentos realizados a nível **ambulatorial e hospitalar pelo credenciado**.

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

Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

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

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

### **CLÁUSULA QUARTA - Da dotação orçamentária**

4.1 Os recursos financeiros para pagamento dos serviços realizados com base neste Termo de Credenciamento são provenientes da Gestão 00001-Orçamento Geral da União, relacionados aos programas de Trabalho para os beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS.

4.2 As faturas serão empenhadas na Natureza de Despesa 339039 e 339036, para qualquer dos Programas de Trabalho citados no item 3.1.

4.3 Visando cumprir o Artigo 72, IV da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021, **deverão ser empregados os recursos nas seguintes condições:**

| PI                                                                                          | ND <sup>1</sup> | Fonte      | PTRES <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|
| FUSEX                                                                                       | 339039-OCS      | 0170270013 | 171500             |
| FUSEX                                                                                       | 339036-PSA      | 0170270013 | 175000             |
| FUSEX                                                                                       | 339047-IMPOSTO  | 0170270013 | 175000             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339036-PSA      | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339039-OCS      | 0150270001 | 171497             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339036-PSA      | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339039-OCS      | 0170270037 | 171499             |
| EX CBO                                                                                      | 339036-PSA      | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339047-IMPOSTO  | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339039-OCS      | 0151000000 | 171498             |
| Poderá ser usada outra classificação orçamentária que substitua a elencada no quadro acima. |                 |            |                    |

### **CLÁUSULA QUINTA - Da identificação dos beneficiários.**

5.1 São considerados **beneficiários**, para fins deste credenciamento, as pessoas portadoras de documento de identificação que lhe ateste tal condição, conforme abaixo. Ressaltando-se que a aceitação do **beneficiário** dependerá sempre de **autorização prévia**, que será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**.

a) **Beneficiários do SAMMED:** Militares da ativa e na inatividade, seus dependentes definidos no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas dos militares (não contribuintes do FuSEx) e seus dependentes que foram instituídos, em vida pelo militar gerador do direito, identificados pela cédula de identidade;

b) **Beneficiários do FuSEx:** Militares do Exército da ativa, da reserva ou reformado e pensionistas, todos contribuintes do FuSEx, bem como seus dependentes, identificados pela cédula de identidade e o Cartão de Beneficiário do FuSEx, ou na falta deste, por Declaração Provisória de Beneficiário, emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o militar titular;

c) **Beneficiários do SAMEx-Cmb:** é aquele que tenha efetivamente participado de operações bélicas durante a Segunda Guerra Mundial, como integrante da Força do Exército e da Força Expedicionária Brasileira, juntamente com pensionistas e dependentes definidos pelo Art. 5º da Lei Nº 8.059, de 4 de julho de 1990, identificados pelo Cartão do Beneficiário do SAMEx-Cmb ou declaração provisória; e

d) **Beneficiários da PASS:** Servidores civis do Exército Brasileiro, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, optantes pela PASS, identificados pelo Cartão de beneficiário da PASS ou Declaração Provisória emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o Servidor Civil e cédula de identidade.

e) Militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais).

## **CLÁUSULA SEXTA - Do regime de execução e responsabilidade das partes**

### **6.1 Indicações para atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada:**

6.1.1 O encaminhamento de **beneficiários** para atendimento ambulatorial será realizado em complemento aos prestados nas instalações do **Credenciante**.

6.1.2 A solicitação do encaminhamento para realização dos serviços em OCS credenciada será feita após avaliar o custo-benefício, a conveniência do encaminhamento, e a indisponibilidade do serviço nas instalações do próprio **Credenciante**.

6.1.3 A escolha do prestador do serviço de medicina física e reabilitação, dentre os disponíveis na rede de Credenciado/conveniado do **Credenciante**, sempre será um direito do paciente, familiar ou responsável, não havendo por parte do **Credenciante** obrigação de promover demanda mínima de encaminhamento ao **Credenciado**.

6.1.4 Os encaminhamentos poderão ser **suspensos** caso haja uma das irregularidades constantes do subitem 11.4.7, da **cláusula décima primeira**, até a regularização da situação em pauta.

### **6.2 Da autorização do encaminhamento**

6.2.1 O encaminhamento para o **Credenciado** será **previamente autorizado** pelo **Credenciante**.

6.2.2 A autorização será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, podendo ser apresentada na forma provisória, ou seja, preenchida manualmente, por motivo de indisponibilidade dos sistemas de informação do **Credenciante**.

6.2.3 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data de expedição.

6.2.4 A Guia de Encaminhamento autorizará o tratamento para período de **até 30 (trinta) dias**, sendo o **beneficiário** responsável por providenciar junto ao **Credenciante** a GE para as sessões do mês seguinte.

6.2.5 Quando houver necessidade de promover alterações no programa de tratamento já iniciado, o profissional assistente do **Credenciado** justificará a alteração através de relatório que será encaminhado ao **Credenciante** para nova autorização.

6.2.6 A execução de tratamentos paralelos e procedimentos complementares nas instalações do próprio **Credenciado** deverá ser autorizado pelo **Credenciante** por meio de nova Guia de Encaminhamento. Para tanto o **beneficiário** ou responsável deve retornar à Seção FuSEx para providenciar nova guia.

### 6.3 Providências do Credenciado quanto ao atendimento

6.3.1 O atendimento acontece com o ato de acolhimento do **beneficiário**, seguido obrigatoriamente da identificação e do recebimento da Guia de Encaminhamento para que seja realizada a prestação de serviços contratados.

6.3.2 O **Credenciado, não poderá realizar cobranças** relativas ao tratamento autorizado, diretamente ao **beneficiário**, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos por este credenciamento, salvo mediante apresentação do **ANEXO XIV**, nem orientar o **beneficiário** a pleitear o reembolso posterior junto ao **Credenciante**. **Os procedimentos não cobertos** devem ser analisados pelo **Credenciante** antes de processados, pois para fins de ressarcimento necessitam de autorização prévia, salvo casos de urgência ou emergência comprovada por médico auditor.

6.3.3 Os **beneficiários** se submeterão ao prévio agendamento dos exames e procedimentos ambulatoriais, salvos os casos de urgência e emergência.

6.3.4 **Caso haja solicitação por parte do beneficiário pela prestação de serviço não coberto ou autorizado pelo Credenciante**, com a anuência deste, o **Credenciado** poderá disponibilizar o serviço pretendido, a seu critério, realizando a **cobrança diretamente ao beneficiário, havendo ainda a necessidade de apresentar ANEXO XIV.**

6.3.5 Os atendimentos serão feitos de acordo com a disponibilidade de vagas, não se responsabilizando o **Credenciado**, quando sua capacidade de atendimento estiver saturada. No entanto, ao iniciar o tratamento o **Credenciado** deverá garantir vaga para as sessões seguintes.

6.3.6 Para cada sessão realizada o **Credenciado** deverá registrar no verso da Guia de Encaminhamento a data do atendimento e coletar uma assinatura do **beneficiário**.

6.3.7 **Fica expressamente proibido ao Credenciado**, realização de atendimento sem Guia de Encaminhamento para tal, mesmo sob promessa de apresentação futura da mesma, salvo para os casos de urgência ou emergência, devidamente justificados e sujeitos a comprovação pelo Médico Auditor.

### 6.4 Plano de Tratamento e Relatório de Tratamento

6.4.1 Inicialmente os **beneficiários** serão encaminhados com uma Guia de Encaminhamento para **avaliação inicial**, na qual o profissional do **Credenciado** elaborará um **Plano de Tratamento** que será apresentado ao **Credenciante**, para autorização do tratamento e emissão de Guia de Encaminhamento para as sessões seguintes.

6.4.2. O **Plano de Tratamento** deverá conter **diagnóstico (CID/10), frequência do acompanhamento e previsão da duração do tratamento, identificação do beneficiário e do Credenciado.**

6.4.3 A cada seis meses de tratamento será apresentado ao **Credenciante** um **Relatório de Tratamento**, requisito para autorização da continuidade do tratamento e emissão de Encaminhamento para as sessões seguintes.

6.4.4 O **Relatório de Tratamento** deverá conter **diagnóstico (CID/10), data de início do tratamento, com a devida justificativa, que somente será considerado**

**autorizado após emissão de nova Guia de Encaminhamento.** O novo Plano de Tratamento será submetido à análise prévia pelo **Credenciante**, ficando a critério deste autorizar a continuidade com o **Credenciado** ou não.

## **6.5 Condições de Atendimento**

**6.5.1 Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia,** está limitado a **08 (oito) sessões em um período de 30 dias**, caso haja necessidade de um número maior de sessões no período de 30 (trinta) dias, o **Credenciado** solicitará por escrito ao **Credenciante** o número excedente de sessões. Quando o **beneficiário** necessitar de **tratamento que envolva mais de uma área de reabilitação**, serão considerados os limites relativos a cada especialidade, **separadamente**.

**6.5.2 Tratamento na área de Psicoterapia** está limitado a **04 (quatro) sessões em um período de 30 (trinta) dias**, podendo, **em casos excepcionais**, ser autorizada a realização de mais 04 (quatro) sessões no mesmo período, mediante justificativa formalizada do profissional do **Credenciado**, desde que homologada por médico militar.

**6.5.3** Fica fixado em **50 (cinquenta) minutos o tempo de duração de cada sessão**, nas diferentes áreas de atendimento.

**6.5.4 Reabilitação de pacientes em regime domiciliar** será prestada somente em caráter excepcional quando, a critério médico, houver necessidade ou conveniência de se prestar o atendimento ao paciente em sua residência. **Não será remunerado o deslocamento do Credenciado, para atendimento domiciliar.**

## **CLÁUSULA SÉTIMA - Dos serviços prestados e respectivos valores**

**7.1** O valor é estimado deste Termo de Credenciamento, para fazer face às despesas relativas ao seu objeto, devendo ser tratado apenas como dado estatístico, visando determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento. Não pode, portanto, servir de base rígida para apresentação de Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período.

**7.2** Estima-se o valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), para o primeiro ano de vigência deste Termo de Credenciamento.

**7.3** Os atendimentos que poderão ser realizados por meio deste credenciamento ou, eventualmente, inclusos por termo aditivo, restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento. **Esses serviços compreendem, sucintamente, os procedimentos ambulatoriais, os atendimentos de urgência e emergência, bem como o fornecimento e utilização de todos os recursos necessários à prevenção da doença e à recuperação da saúde dos BENEFICIÁRIOS**, incluindo:

- a) **Definição do prognóstico e avaliação do potencial de reabilitação;**
- b) **Planejamento e prescrição do tratamento;**
- c) **Coadjuvação e apoio das diferentes ações médico-cirúrgicas;**
- d) **Facilitação e estímulo dos processos de recuperação e regeneração natural; e**

- e) **Estímulo de maximização e compensação das capacidades residuais.**

**7.4** Somam-se aos serviços supracitados, os descritos pelo **Credenciado**, por meio do Anexo \_\_\_\_ do Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organização Civil de Saúde (OCS) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA), do Hospital Militar de Área de Recife.

## **CLÁUSULA OITAVA - Dos serviços não atendidos pelo credenciamento**

**Não** devem ser prestados por este instrumento **os serviços não cobertos pelo SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS** conforme o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), informados pelo **Credenciante**. **É expressamente proibida** a subcontratação dos serviços relacionados neste Termo de Credenciamento,

## **CLÁUSULA NONA - Dos preços dos serviços**

9.1 O **Credenciante** se compromete a pagar os serviços prestados na forma deste Termo de Credenciamento, observados as dotações dispostas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, cujos valores foram autorizados pela Diretoria de Saúde, conforme Parecer Técnico nº \_\_\_\_\_ DSau/SRAM, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

9.2 Os serviços de saúde que não constem no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife poderão ser realizados excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos **beneficiários** do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmnd 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados do Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços Credenciados.

9.3 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - Do reajustamento de preços e atualização monetária**

10.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto na Lei Nº 14.133/21, sempre vinculados ao Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado neste Edital do Hospital Militar de Área de Recife, após homologação do Escalão Superior, passando a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da(s) data(s) de suas assinaturas, e dentro do que possibilita o Decreto Nº 1.054/94 e alterado pelo Decreto Nº 1.110/94, Leis Nº 8.800/94 e Nº 192/01.

10.2 Quaisquer reajuste de preço só terá validade em função de reajuste nas tabelas mencionadas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado em Termo Aditivo (mediante parecer jurídico e aprovação pelo Escalão Superior).

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das condições de pagamento**

### **11.1 Da apresentação das faturas**

11.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo **Credenciado** em 01 (uma) via, em nome do **Hospital Militar de Área de Recife**, com maior brevidade possível.

11.1.2 As faturas deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica, laudo e documento que comprove a realização do serviço.

11.1.3 A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; Nº do código de beneficiário; Nº do Prec-CP; nº da PASS), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em Reais por item discriminado) e valor total da fatura.

11.1.4 **Será obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro.

11.1.5 Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de **beneficiário** (SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb, PASS e aguardando Prec-CP) e outros conforme orientado pelo **Credenciante**.

11.1.6 A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer de **em horários regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externa do H Mil A Recife.

11.1.7 A fatura deverá ser entregue ao **Credenciante** em até **90 (noventa) dias ininterruptos a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE. Caso o paciente apresente a guia ao Credenciado após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias da sua emissão, esse deverá providenciar a revalidação da mesma junto ao FuSEx.**

### **11.2 Da lisura e glosas**

11.2.1 As faturas apresentadas pelo **Credenciado** referente aos serviços prestados aos beneficiários do **Credenciante** serão submetidas à lisura pré-pagamento.

11.2.2 É reservado ao **Credenciante**, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

11.2.3 O **Credenciante** terá prazo de **30 (trinta) dias corridos** para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

11.2.4 O **Credenciado** será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa, uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o **Credenciado** terá o máximo de **10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

11.2.5 O **Credenciado**, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao **Credenciante**.

11.2.6 No caso do **Credenciado**, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo **Credenciante**, não cabendo ao CREDENCIADO recurso posterior.

11.2.7 Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

11.2.8 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado** a cobrança dos valores glosados diretamente do **beneficiário**.

11.2.9 Para efeito deste credenciamento, **os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo.**

### 11.3 Dos motivos de glosa

11.3.1 Serão motivos de glosa por parte do **Credenciante**:

a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória. **Salvo guia remetida com assinatura digital;**

b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;

c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;

d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;

e) A falta de data de atendimento na fatura;

f) A falta de data ou assinatura do **beneficiário** no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);

g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);

h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;

i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;

j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;

k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;

l) A falta de especificação na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;

m) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e

n) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

11.3.2 O **Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento anexadas às faturas com data de encaminhamento **superior a 90 (noventa) dias de sua emissão ou de 60 (sessenta) dias após a execução dos serviços.**

### 11.4 Do pagamento

11.4.1 O **Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a lisura, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior.**

11.4.2 A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço prestado e se dará conforme disposto no Art 36 § 4º da Instrução Normativa Nº 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros

de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$EM = I \times N \times VP$ , onde:

$I = \frac{(TX/100)}{365}$

365

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

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

VP = Valor da parcela em atraso

11.4.3 Sobre o valor devido ao **Contratado**, a Administração reterá o **Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)**, a **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)**, a **Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** e a **Contribuição para o PIS/PASEP**, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 480, de 15 de dezembro de 2004, além do valor correspondente ao **Imposto Sobre Serviços (ISS)**.

11.4.4 O **Credenciado** apresentará Nota Fiscal, em **até 5 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

11.4.5 O pagamento da despesa pelo agente recebedor se dará através de crédito bancário na conta da empresa, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

11.4.6 Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta ao SICAF.

11.4.7 No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual**), CADIN (Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal), CEIS (Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas), CNJ de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do **Tribunal de Contas da União**, ou falta de atualização do cadastro do **Credenciado** no SICAF será realizado os seguintes procedimentos, conforme orientação do Escalão Superior:

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável **até atingir o limite de 60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a cláusula décima quinta deste instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

11.4.8 Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem às seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

11.4.9 As partes concordam que, na hipótese de o HMAR efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado efetivamente pelos serviços prestados, motivada por erro próprio ou da **Contratada**, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à da comprovação do ocorrido.

11.4.10 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente que está sendo atendido qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de questões administrativas que possam causar transtornos ao paciente. A não observância poderá resultar na aplicação das sanções previstas neste credenciamento garantidos o contraditório e a ampla defesa.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da vigência

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 DÉCIMA TERCEIRA – Dos acréscimos e supressões

13.1 O presente Termo de Credenciamento poderá receber termos aditivos e apostilamentos que ajustem acréscimos ou retiradas de serviços existentes, por ocasião de sua assinatura, com os competentes reajustes ou não de preços, respectivamente, se formulados durante a sua vigência.

13.2 O presente Termo de Credenciamento poderá ser alterado unilateralmente pelo **Credenciante**, quando houver modificação das especializações dos serviços, visando a melhor adequação técnica aos seus objetivos, quando for necessário modificar o valor contratual, em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites, ou mediante acordo entre as partes, nas hipóteses previstas no Art. 124 na Lei Nº 14.133/21.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização

14.1 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo **Credenciante**, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados pelo Credenciado, através do **fiscal de contrato**, com o auxílio dos componentes do **Credenciante**, que realizam a auditoria concorrente (Art. 117 da Lei Nº 14.133/21), reservando-se o direito de recusar ou sustar a prestação dos serviços que não sejam executados dentro das condições estipuladas neste instrumento contratual.

14.2 O **Credenciante** realizará o acompanhamento de desempenho do CREDENCIADO, por intermédio das informações das auditorias realizadas e registradas nos processos de pagamento, assim como das irregularidades elencadas nos itens supracitados desta cláusula, anexando ao processo, as respectivas informações.

14.3 O **Credenciado** garantirá acesso às suas instalações aos auditores do **Credenciante**, para fins de averiguação ou de verificação da qualidade das instalações e dos serviços Credenciados, disponibilizando-lhes todas as informações e documentos requeridos.

14.4 Quando forem detectadas irregularidades, o **Credenciante** solicitará ao CREDENCIADO que envie suas justificativas, por escrito e no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da solicitação.

14.5 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **Credenciado** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas, ou a rescisão do credenciamento.

14.6 Caberá ao **Credenciado** obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, reservando-se o **Credenciante** o direito de recusar ou sustar a prestação de serviços não previstos nas normas estabelecidas.

14.7 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste instrumento contratual por auditores do **Credenciante** não exclui nem reduz a responsabilidade do **Credenciado**. A responsabilidade a que se refere a presente cláusula estende-se à reparação de dano por falta eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagem.

14.8 O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do credenciamento, não excluindo ou reduzido essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado.

#### **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - Das sanções**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Da rescisão**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Dos direitos das partes**

17.1 Constitui direito legal do **Credenciante** ter o serviço prestado, objeto deste termo de credenciamento, dentro dos prazos e nas demais condições estabelecidas neste credenciamento e em seus anexos.

17.2 São direitos legais do **Credenciado**:

a) Receber do **Credenciante** o pagamento pela prestação dos serviços, objeto deste Termo de Credenciamento, nos prazos e condições estabelecidas no mesmo; e

b) Requerer ao **Credenciante** a rescisão deste Termo de Credenciamento, caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no mesmo ou venha a ocorrer quaisquer das previstas nos incisos § 2º, IV do Art. 137 da Lei Nº 14.133/21.

17.3 O **Credenciado** reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão contratual, previstos na Lei Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Das obrigações e responsabilidades do CREDENCIADO**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Das obrigações do CREDENCIANTE**

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

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - Da negação de remuneração a Militares e servidores**

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 VIGÉSIMA PRIMEIRA - Da subcontratação**

É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Das isenções tributárias**

22.1 Caberá ao **Credenciado** o recolhimento dos tributos e taxas federais, municipais, decorrentes das faturas apresentadas.

22.2 O Exército Brasileiro, representado neste instrumento, não poderá ser alegado, ou servir como amparo a pretendidas isenções tributárias, ou motivo a favores fiscais, que incidam ou venham a incidir sobre os atos ou questões que caibam ao **Credenciado** ou ao usuário.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - Domicílio Foro**

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

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

Recife-PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome do Representante da OCS)

(Razão Social da OCS)

Idt Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome do Ordenador de Despesas) - (Posto)

Ordenador de Despesas do Hospital Militar de  
Área de Recife

Idt nº \_\_\_\_\_ MD/EB

\_\_\_\_\_  
(Nome)

Testemunha

Idt Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome)

Testemunha

Idt Nº \_\_\_\_\_

**ANEXO V**  
**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**  
**(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

**CREDENCIANTE:** UNIÃO FEDERAL / EXÉRCITO BRASILEIRO

**CREDENCIADO:** \_\_\_\_\_

**OBJETO:** Prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais

**NATUREZA:** Ostensivo

**VIGÊNCIA:** \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ à \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - OCS

A UNIÃO FEDERAL, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), órgão do Exército Brasileiro, com sede na cidade de Recife-PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, inscrito no CNPJ sob o Nº 09.577.422/0001-07 (Principal) e 09.577.422/0002-80 (Secundário), neste ato representado por seu Ordenador de Despesas, o \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ EB/MD, CPF Nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **Credenciante**, e a \_\_\_\_\_, com sede situada à \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o Nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ (Órgão Expedidor), CPF Nº \_\_\_\_\_, daqui por diante denominado **Credenciado**, 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**

1.1 O objeto deste credenciamento é regular a prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais pelo **Credenciado** aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS e eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) aqui denominados simplesmente **beneficiários**, na qual estão incluídas a assistência por profissionais de saúde e todos os recursos necessários ao atendimento em regime de internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico, ambulatorial, e em Unidade de Tratamento de Intensivo e inclusos os serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento.

1.2 Aplicam-se as regras deste Termo de Credenciamento aos procedimentos realizados a nível **ambulatorial e hospitalar** pelo **Credenciado**.

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

Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

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

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

### **CLÁUSULA QUARTA - Da dotação orçamentária**

4.1 Os recursos financeiros para pagamento dos serviços realizados com base neste Termo de Credenciamento são provenientes da Gestão 00001-Orçamento Geral da União, relacionados aos programas de Trabalho para os beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS.

4.2 As faturas serão empenhadas na Natureza de Despesa 339039 e 339036 para qualquer dos Programas de Trabalho citados no item 3.1.

4.3 Visando cumprir o Artigo 72, IV da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021, **deverão ser empregados os recursos nas seguintes condições:**

| PI                                                                                          | ND <sup>1</sup> | Fonte      | PTRES <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|
| FUSEX                                                                                       | 339039-OCS      | 0170270013 | 171500             |
| FUSEX                                                                                       | 339036-PSA      | 0170270013 | 175000             |
| FUSEX                                                                                       | 339047-IMPOSTO  | 0170270013 | 175000             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339036-PSA      | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339039-OCS      | 0150270001 | 171497             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339036-PSA      | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339039-OCS      | 0170270037 | 171499             |
| EX CBO                                                                                      | 339036-PSA      | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339047-IMPOSTO  | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339039-OCS      | 0151000000 | 171498             |
| Poderá ser usada outra classificação orçamentária que substitua a elencada no quadro acima. |                 |            |                    |

### **CLÁUSULA QUINTA - Da identificação dos beneficiários.**

5.1 São considerados **beneficiários**, para fins deste credenciamento, as pessoas portadoras de documento de identificação que lhe ateste tal condição, conforme abaixo. Ressaltando-se que a aceitação do **beneficiário** dependerá sempre de **autorização prévia**, que será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**.

a) **Beneficiários do SAMMED:** Militares da ativa e na inatividade, seus dependentes definidos no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas dos militares (não contribuintes do FuSEx) e seus dependentes que foram instituídos, em vida pelo militar gerador do direito, identificados pela cédula de identidade;

b) **Beneficiários do FuSEx:** Militares do Exército da ativa, da reserva ou reformado e pensionistas, todos contribuintes do FuSEx, bem como seus dependentes, identificados pela cédula de identidade e o Cartão de Beneficiário do FuSEx, ou na falta deste, por Declaração Provisória de Beneficiário, emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o militar titular;

c) **Beneficiários do SAMEx-Cmb:** é aquele que tenha efetivamente participado de operações bélicas durante a Segunda Guerra Mundial, como integrante da Força do Exército e da Força Expedicionária Brasileira, juntamente com pensionistas e dependentes definidos pelo Art. 5º da Lei Nº 8.059, de 4 de julho de 1990, identificados pelo Cartão do Beneficiário do SAMEx-Cmb ou declaração provisória; e

d) **Beneficiários da PASS:** Servidores civis do Exército Brasileiro, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, optantes pela PASS, identificados pelo Cartão de beneficiário da PASS ou Declaração Provisória emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o Servidor Civil e cédula de identidade.

e) Militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais).

## **CLÁUSULA SEXTA - Do regime de execução e responsabilidade das partes**

### **6.1 Indicação para o atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada:**

6.1.1 O encaminhamento de **beneficiários** para atendimento laboratorial será realizado em complemento aos prestados nas instalações do **Credenciante**.

6.1.2 A requisição da prestação de serviço ocorrerá por meio da solicitação de médico militar ou civil. Essa solicitação sempre será submetida a análise de médico militar, designado para realizar a triagem, que aprovará em formulário próprio o encaminhamento para o **Credenciado**.

6.1.3 A escolha do prestador do **serviço laboratorial em ANÁLISES CLÍNICAS E ANATOMIA PATOLÓGICA**, dentre os disponíveis na rede de credenciado/conveniado do **Credenciante**, sempre será um direito do paciente, familiar ou responsável, não havendo por parte do **Credenciante** obrigação de promover demanda mínima de encaminhamento ao **Credenciado**.

6.1.4 Os encaminhamentos poderão ser **suspensos** caso haja uma das irregularidades constantes do subitem 11.4.7, da **Cláusula Décima Primeira**, até a regularização da situação em pauta.

### **6.2 Da autorização do encaminhamento**

6.2.1 O encaminhamento para o **Credenciado**, será **previamente autorizado** pelo **Credenciante**.

6.2.2 A autorização será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento**, emitida pelo **Credenciante**, podendo ser apresentada na forma provisória, ou seja, preenchida manualmente, por motivo de indisponibilidade dos sistemas de informação do CREDENCIANTE.

6.2.3 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data de expedição.

### 6.3 Providências do Credenciado quanto ao atendimento

6.3.1 O atendimento acontece com o ato de acolhimento do **beneficiário**, seguido, obrigatoriamente, de identificação e do recebimento da Guia de Encaminhamento para que seja realizada a prestação de serviços contratados.

6.3.2 O **Credenciado, não poderá realizar cobranças** relativas ao tratamento autorizado, diretamente ao **beneficiário**, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos por este credenciamento, salvo mediante apresentação do **ANEXO XIV**, nem orientar o **beneficiário** a pleitear o reembolso posterior junto ao **Credenciante**. **Os procedimentos não cobertos** devem ser analisados pelo **Credenciante** antes de processados, pois para fins de ressarcimento necessitam de autorização prévia, salvo casos de urgência ou emergência comprovada por médico auditor.

6.3.3 Os **beneficiários** se submeterão ao prévio agendamento dos exames e procedimentos ambulatoriais, salvos os casos de urgência e emergência.

6.3.4 **Caso haja solicitação por parte do beneficiários pela prestação de serviço não coberto ou autorizado pelo Credenciante**, com a anuência deste, o **Credenciado** poderá disponibilizar o serviço pretendido, a seu critério, realizando a **cobrança diretamente ao beneficiário, havendo ainda a necessidade de apresentar ANEXO XIV**.

6.3.5 Os atendimentos serão feitos de acordo com a disponibilidade de vagas, não se responsabilizando o **Credenciado** quando sua capacidade de atendimento estiver saturada.

6.3.6 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado**, realização do atendimento sem a Guia de Encaminhamento, mesmo sob promessa de apresentação futura da mesma, salvo para os casos de urgência ou emergência, devidamente justificados e sujeitos a comprovação pelo Médico Auditor.

6.3.7 Os óbitos deverão ser informados ao FuSEx no dia da ocorrência ou no primeiro dia útil imediatamente após o fato, utilizando o endereço eletrônico [fusexinternacao@gmail.com](mailto:fusexinternacao@gmail.com) ou ao médico da auditoria concorrente.

### 6.4 Orçamentos

6.4.1 Quando houver necessidade o **Credenciante** poderá solicitar orçamento de serviço previsto em contrato ou não. O **Credenciado** deverá apresentar orçamento discriminado do serviço, contendo nome do serviço a ser realizado, seu valor, nome do paciente e prazo de vigência.

### CLÁUSULA SÉTIMA - Dos serviços prestados e respectivos valores

7.1 O valor é estimado deste Termo de Credenciamento, para fazer face às despesas relativas ao seu objeto, devendo ser tratado apenas como dado estatístico, visando determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento. Não pode, portanto, servir de base rígida para apresentação de Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período.

7.2 Estima-se o valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), para o primeiro ano de vigência deste Termo de Credenciamento.

7.3 Os atendimentos que poderão ser realizados por meio deste credenciamento ou, eventualmente, inclusos por termo aditivo, restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento. **Esses serviços compreendem, sucintamente, os atendimentos nas diferentes áreas de diagnósticos laboratoriais.**

7.4 Somam-se aos serviços supracitados, os descritos pelo **Credenciado**, por meio do Anexo \_\_\_\_ do Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organização Civil de Saúde (OCS) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA), do Hospital Militar de Área de Recife.

#### **CLÁUSULA OITAVA - Dos serviços não atendidos pelo credenciamento**

**Não** devem ser prestados por este instrumento **os serviços não cobertos pelo SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS** conforme o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), informados pelo **Credenciante**. **É expressamente proibida** a subcontratação dos serviços relacionados neste Termo de Credenciamento; e

#### **CLÁUSULA NONA - Dos preços dos serviços**

9.1 O **Credenciante** se compromete a pagar os serviços prestados na forma deste Termo de Credenciamento, observados as dotações dispostas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, cujos valores foram autorizados pela Diretoria de Saúde, conforme Parecer Técnico nº \_\_\_\_\_ DSau/SRAM, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

9.2 Os serviços de saúde que não constem no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife poderão ser realizados excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos **beneficiários** do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmdo 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados do Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços credenciados.

9.3 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - Do reajustamento de preços e atualização monetária**

10.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto na Lei Nº 14.133/21, sempre vinculados ao Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado neste Edital do Hospital Militar de Área de Recife, após homologação do Escalão Superior, passando a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da(s) data(s) de suas assinaturas, e dentro do que possibilita o Decreto Nº 1.054/94 e alterado pelo Decreto Nº 1.110/94, Leis Nº 8.800/94 e Nº 192/01.

10.2 Quaisquer reajuste de preço só terá validade em função de reajuste nas tabelas mencionadas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado em Termo Aditivo (mediante parecer jurídico e aprovação pelo Escalão Superior).

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das condições de pagamento**

### **11.1 Da apresentação das faturas**

11.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo **Credenciado** em 1 (uma) via, em nome do **Hospital Militar de Área de Recife**, com maior brevidade possível.

11.1.2 As faturas deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica, laudo e documento que comprove a realização do serviço.

11.1.3 A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; Nº do código de beneficiário; Nº do Prec-CP; nº da PASS), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em Reais por item discriminado) e valor total da fatura.

11.1.4 **Será obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro.

11.1.5 Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de **beneficiários** (SAMMED, FuSEx, SAMEX-Cmb e PASS) e outros conforme orientado pelo **Credenciante**.

11.1.6 A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer **em horários regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externas do H Mil A Recife.

11.1.7 A fatura deverá ser entregue ao CREDENCIANTE em até 90 (noventa) dias ininterruptos, exceto nos casos de óbito (ver item 11.1.8) a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE. As GE apresentadas pelo paciente ao credenciado após 30 (trinta) dias da sua emissão só poderão ser aceitas se estiverem revalidadas pelo FuSEx/HMAR.

11.1.8 No caso de óbito, a fatura referente à internação deverá ser remetida em até 7 (sete) dias à Seção de Contas Médicas Externas para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

### **11.2 Da lisura e glosas**

11.2.1 As faturas apresentadas pelo **Credenciado** referente aos serviços prestados aos beneficiários do **Credenciante** serão submetidas à lisura pré-pagamento.

11.2.2 É reservado ao **Credenciante**, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

11.2.3 O **Credenciante** terá prazo de **30 (trinta) dias corridos** para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

11.2.4 O **Credenciado** será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa, uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o **Credenciado** terá o máximo de **10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

11.2.5 O **Credenciado**, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao **Credenciante**.

11.2.6 No caso do **Credenciado**, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo **Credenciante**, não cabendo ao **Credenciado** recurso posterior.

11.2.7 Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

11.2.8 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado** a cobrança dos valores glosados diretamente do **beneficiário**.

11.2.9 Para efeito deste credenciamento, **os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo.**

### 11.3 Dos motivos de glosa

11.3.1 Serão motivos de glosa por parte do **Credenciante**:

- a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória; **Salvo guia remetida com assinatura digital;**
- b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;
- c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;
- d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;
- e) A falta de data de atendimento na fatura;
- f) A falta de data ou assinatura do **beneficiário** no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);
- g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);
- h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;
- i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;
- j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;
- k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;
- l) A falta de especificação na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;
- m) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e
- n) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

11.3.2 O **Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento anexadas às faturas com data de encaminhamento **superior a 90 (noventa) dias de sua emissão ou de 60 (sessenta) dias após a execução dos serviços.**

### 11.4 Do pagamento

11.4.1 O **Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a lisura, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior.**

11.4.2 A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço prestado e se dará conforme disposto no Art 36 § 4º da Instrução Normativa Nº 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$EM = I \times N \times VP$ , onde:

$I = \frac{(TX/100)}{365}$

365

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

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

VP = Valor da parcela em atraso

11.4.3 Sobre o valor devido ao **Contratado**, a Administração reterá o **Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)**, a **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)**, a **Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** e a **Contribuição para o PIS/PASEP**, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 480, de 15 de dezembro de 2004, além do valor correspondente ao **Imposto Sobre Serviços (ISS)**.

11.4.4 O **Credenciado** apresentará Nota Fiscal, em **até 5 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

11.4.5 O pagamento da despesa pelo agente recebedor se dará através de crédito bancário na conta da empresa, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

11.4.6 Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta ao SICAF.

11.4.7 No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual**), CADIN (Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal), CEIS (Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas), CNJ de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do **Tribunal de Contas da União**, ou falta de atualização do cadastro do **Credenciado** no SICAF será realizado os seguintes procedimentos, conforme orientação do Escalão Superior:

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável **até atingir o limite de 60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a cláusula décima quinta deste instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

11.4.8 Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem às seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

11.4.9 As partes concordam que, na hipótese de o HMAR efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado efetivamente pelos serviços prestados, motivada por erro próprio ou da **Contratada**, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à da comprovação do ocorrido.

11.4.10 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente que a qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de questões administrativas que possam causar transtornos ao paciente. A não observância poderá resultar na aplicação das sanções previstas neste credenciamento garantidos o contraditório e a ampla defesa.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da vigência**

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 DÉCIMA TERCEIRA – Dos acréscimos e supressões**

13.1 O presente Termo de Credenciamento poderá receber **termos aditivos e apostilamentos** que ajustem acréscimos ou retiradas de serviços existentes, por ocasião de sua assinatura, com os competentes reajustes ou não de preços, respectivamente, se formulados durante a sua vigência.

13.2 O presente Termo de Credenciamento poderá ser alterado unilateralmente pelo **Credenciante**, quando houver modificação das especializações dos serviços, visando a melhor adequação técnica aos seus objetivos, quando for necessário modificar o valor contratual, em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites, ou mediante acordo entre as partes, nas hipóteses previstas no Art. 124 na Lei Nº 14.133/21.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização**

14.1 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo **Credenciante**, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados pelo **Credenciado**, através do **fiscal de contrato**, com o auxílio dos componentes do **Credenciante**, que realizam a auditoria concorrente (Art. 117 da Lei Nº 14.133/21), reservando-se o direito de recusar ou sustar a prestação dos serviços que não sejam executados dentro das condições estipuladas neste instrumento contratual.

14.2 O **Credenciante** realizará o acompanhamento de desempenho do **Credenciado**, por intermédio das informações das auditorias realizadas e registradas nos processos de pagamento, assim como das irregularidades elencadas nos itens supracitados desta cláusula, anexando ao processo, as respectivas informações.

14.3 O **Credenciado** garantirá acesso às suas instalações aos auditores do CREDENCIANTE, para fins de averiguação ou de verificação da qualidade das instalações e dos serviços credenciados, disponibilizando-lhes todas as informações e documentos requeridos.

14.4 Quando forem detectadas irregularidades, o **Credenciante** solicitará ao **Credenciado** que envie suas justificativas, por escrito e no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da solicitação.

14.5 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **Credenciado** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas, ou a rescisão do credenciamento.

14.6 Caberá ao **Credenciado** obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, reservando-se o **Credenciante** o direito de recusar ou sustar a prestação de serviços não previstos nas normas estabelecidas.

14.7 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste instrumento contratual por auditores do **Credenciante** não exclui nem reduz a responsabilidade do **Credenciado**. A responsabilidade a que se refere a presente cláusula estende-se à reparação de dano por falta eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagem.

14.8 O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do credenciamento, não excluindo ou reduzido essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado.

#### **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - Das sanções**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Da rescisão**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Dos direitos das partes**

17.1 Constitui direito legal do **Credenciante** ter o serviço prestado, objeto deste termo de credenciamento, dentro dos prazos e nas demais condições estabelecidas neste credenciamento e em seus anexos.

17.2 São direitos legais do **Credenciado**:

a) Receber do **Credenciante** o pagamento pela prestação dos serviços, objeto deste Termo de Credenciamento, nos prazos e condições estabelecidas no mesmo; e

b) Requerer ao **Credenciante** a rescisão deste Termo de Credenciamento, caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no mesmo ou venha a ocorrer quaisquer das previstas nos incisos § 2º, IV do Art. 137 da Lei Nº 14.133/21.

17.3 O **Credenciado** reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão contratual, previstos na Lei Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Das obrigações e responsabilidades do CREDENCIADO**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Das obrigações do CREDENCIANTE**

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

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - Da negação de remuneração a Militares e servidores**

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 VIGÉSIMA PRIMEIRA - Da subcontratação**

É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Das isenções tributárias**

22.1 Caberá ao **Credenciado** o recolhimento dos tributos e taxas federais, municipais, decorrentes das faturas apresentadas.

22.2 O Exército Brasileiro, representado neste instrumento, não poderá ser alegado, ou servir como amparo a pretendidas isenções tributárias, ou motivo a favores fiscais, que incidam ou venham a incidir sobre os atos ou questões que caibam ao **Credenciado** ou ao usuário.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - Domicílio Foro**

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

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

Recife-PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome do Representante da OCS)

(Razão Social da OCS)

Idt Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome do Ordenador de Despesas) - (Posto)

Ordenador de Despesas do Hospital Militar de  
Área de Recife

Idt nº \_\_\_\_\_ MD/EB

\_\_\_\_\_  
**(Nome)**  
Testemunha  
Idt Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Nome)**  
Testemunha  
Idt Nº \_\_\_\_\_

**ANEXO VI**  
**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO DE OUTRAS OCS**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**  
**(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

**CREDENCIANTE:** UNIÃO FEDERAL / EXÉRCITO BRASILEIRO

**CREDENCIADO:** \_\_\_\_\_

**OBJETO:** Prestação de serviços de saúde (*especificar*) \_\_\_\_\_

**NATUREZA:** Ostensivo

**VIGÊNCIA:** \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ à \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - OCS

A UNIÃO FEDERAL, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), órgão do Exército Brasileiro, com sede na cidade de Recife-PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, inscrito no CNPJ sob o Nº 09.577.422/0001-07 (Principal) e 09.577.422/0002-80 (Secundário), neste ato representado por seu Ordenador de Despesas, o \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ EB/MD, CPF Nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **Credenciante**, e a \_\_\_\_\_, com sede situada à \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o Nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ (Órgão Expedidor), CPF Nº \_\_\_\_\_, daqui por diante denominado **Credenciado**, 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**

1.1 O objeto deste credenciamento é regular a de **prestação de serviços de saúde (especificar)** pelo **Credenciado** aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) aqui denominados simplesmente **beneficiários**, na qual estão incluídas a assistência por profissionais de saúde e todos os recursos necessários ao atendimento em regime de internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico, ambulatorial, e em Unidade de Tratamento de Intensivo e inclusos os serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento.

1.2 Aplicam-se as regras deste Termo de Credenciamento aos procedimentos realizados a nível **ambulatorial** pelo **Credenciado**.

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

Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

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

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

### **CLÁUSULA QUARTA - Da dotação orçamentária**

4.1 Os recursos financeiros para pagamento dos serviços realizados com base neste Termo de Credenciamento são provenientes da Gestão 00001-Orçamento Geral da União, relacionados aos programas de Trabalho para os beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS.

4.2 As faturas serão empenhadas na Natureza de Despesa 339039 e 339036, para qualquer dos Programas de Trabalho citados no item 3.1.

4.3 Visando cumprir o Artigo 72, IV da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021, **deverão ser empregados os recursos nas seguintes condições:**

| PI                                                                                          | ND <sup>1</sup> | Fonte      | PTRES <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|
| FUSEX                                                                                       | 339039-OCS      | 0170270013 | 171500             |
| FUSEX                                                                                       | 339036-PSA      | 0170270013 | 175000             |
| FUSEX                                                                                       | 339047-IMPOSTO  | 0170270013 | 175000             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339036-PSA      | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339039-OCS      | 0150270001 | 171497             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339036-PSA      | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339039-OCS      | 0170270037 | 171499             |
| EX CBO                                                                                      | 339036-PSA      | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339047-IMPOSTO  | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339039-OCS      | 0151000000 | 171498             |
| Poderá ser usada outra classificação orçamentária que substitua a elencada no quadro acima. |                 |            |                    |

### **CLÁUSULA QUINTA - Da identificação dos beneficiários.**

5.1 São considerados **beneficiários**, para fins deste credenciamento, as pessoas portadoras de documento de identificação que lhe ateste tal condição, conforme abaixo. Ressaltando-se que a aceitação do **beneficiário** dependerá sempre de **autorização prévia**, que será expressa por

meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, salvo situações de urgência ou emergência médica, conforme especificado no **item 4 da Cláusula Sexta- Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento.**

a) **Beneficiários do SAMMED:** Militares da ativa e na inatividade, seus dependentes definidos no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas dos militares (não contribuintes do FuSEx) e seus dependentes que foram instituídos, em vida pelo militar gerador do direito, identificados pela cédula de identidade;

b) **Beneficiários do FuSEx:** Militares do Exército da ativa, da reserva ou reformado e pensionistas, todos contribuintes do FuSEx, bem como seus dependentes, identificados pela cédula de identidade e o Cartão de Beneficiário do FuSEx, ou na falta deste, por Declaração Provisória de Beneficiário, emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o militar titular;

c) **Beneficiários do SAMEx-Cmb:** é aquele que tenha efetivamente participado de operações bélicas durante a Segunda Guerra Mundial, como integrante da Força do Exército e da Força Expedicionária Brasileira, juntamente com pensionistas e dependentes definidos pelo Art. 5º da Lei Nº 8.059, de 4 de julho de 1990, identificados pelo Cartão do Beneficiário do SAMEx-Cmb ou declaração provisória; e

d) **Beneficiários da PASS:** Servidores civis do Exército Brasileiro, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, optantes pela PASS, identificados pelo Cartão de beneficiário da PASS ou Declaração Provisória emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o Servidor Civil e cédula de identidade.

## **CLÁUSULA SEXTA - Do regime de execução e responsabilidade das partes**

### **6.1 Indicações para atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada:**

6.1.1 O encaminhamento de **beneficiários** para atendimento ambulatorial será realizado em complemento aos prestados nas instalações do **Credenciante**.

6.1.2 A requisição da prestação de serviço ocorrerá por meio da solicitação de médico militar ou civil. Essa solicitação sempre será submetida à análise de médico militar, designado para realizar a triagem, que aprovará em formulário próprio o encaminhamento para o **Credenciado**.

6.1.3 A escolha do prestador do serviço de saúde (*especificar*), dentre os disponíveis na rede de credenciado/conveniado do **Credenciante**, sempre será um direto do paciente, familiar ou responsável, não havendo por parte do **Credenciante** obrigação de promover demanda mínima de encaminhamento ao **Credenciado**.

6.1.4 Os encaminhamentos poderão ser suspensos caso haja uma das irregularidades constantes do subitem 11.4.7, da cláusula décima primeira, até a regularização da situação em pauta.

### **6.2 Da autorização do encaminhamento**

6.2.1 O encaminhamento para o **Credenciado** será **previamente autorizado** pelo **Credenciante**.

6.2.2 A autorização será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, podendo ser apresentada na forma provisória, ou seja, preenchida manualmente, por motivo de indisponibilidade dos sistemas de informação do **Credenciante**.

6.2.3 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data de expedição.

6.2.4 Quando houver necessidade de promover alterações no programa de tratamento já iniciado, o profissional assistente do **Credenciado** justificará a alteração através de relatório que será encaminhado ao **Credenciante** para nova autorização.

6.2.5 A execução de tratamentos paralelos e exames complementares nas instalações do próprio **Credenciado**, deverá ser autorizado pelo **Credenciante** por meio de nova Guia de Encaminhamento. Para tanto o **beneficiário** ou responsável deve retornar à Seção do FuSEx para providenciar nova guia.

### **6.3 Providências do Credenciado quanto ao atendimento**

6.3.1 O atendimento acontece com o ato de acolhimento do **beneficiário**, seguido obrigatoriamente da identificação e do recebimento da Guia de Encaminhamento para que seja realizada a prestação de serviços contratados.

6.3.2 O **Credenciado**, **não poderá realizar cobranças** relativas ao tratamento autorizado, diretamente ao **beneficiário**, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos por este credenciamento, salvo mediante apresentação do **ANEXO XIV**, nem orientar o **beneficiário** a pleitear o reembolso posterior junto ao **Credenciante**. **Os procedimentos não cobertos** devem ser analisados pelo **Credenciante** antes de processados, pois para fins de ressarcimento necessitam de autorização prévia, salvo casos de urgência ou emergência comprovada por médico auditor.

6.3.3 Os **beneficiários** se submeterão ao prévio agendamento dos exames e procedimentos ambulatoriais, salvos os casos de urgência e emergência.

6.3.4 **Caso haja solicitação por parte do beneficiário pela prestação de serviço não coberto ou autorizado pelo Credenciante**, com a anuência deste, o **Credenciado** poderá disponibilizar o serviço pretendido, a seu critério, realizando a **cobrança diretamente ao beneficiário, havendo ainda a necessidade de apresentar ANEXO XIV**.

6.3.5 Os atendimentos serão feitos de acordo com a disponibilidade de vagas, não se responsabilizando o **Credenciado**, quando sua capacidade de atendimento estiver saturada. No entanto, ao iniciar o tratamento o **Credenciado** deverá garantir vaga para as sessões seguintes.

6.3.6 Para cada sessão realizada o **Credenciado** deverá registrar no verso da Guia de Encaminhamento a data do atendimento e coletar uma assinatura do **beneficiário**.

6.3.7 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado**, realização de atendimento sem Guia de Encaminhamento para tal, mesmo sob promessa de apresentação futura da mesma, salvo para os casos de urgência ou emergência, devidamente justificados e sujeitos a comprovação pelo Médico Auditor.

### **6.4 Orçamentos**

6.4.1 Quando houver necessidade, o **Credenciante** poderá solicitar orçamento de serviço previsto em contrato ou não. O **Credenciado** deverá apresentar orçamento discriminado do serviço, contendo nome do serviço a ser realizado, seu valor, nome do paciente e prazo de vigência.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - Dos serviços prestados e respectivos valores**

7.1 O valor é estimado deste Termo de Credenciamento, para fazer face às despesas relativas ao seu objeto, devendo ser tratado apenas como dado estatístico, visando determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento. Não pode, portanto, servir de base rígida para apresentação de Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período.

7.2 Estima-se o valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), para o primeiro ano de vigência deste Termo de Credenciamento.

7.3 Os atendimentos que poderão ser realizados por meio deste credenciamento ou, eventualmente, inclusos por termo aditivo, restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento.

7.4 Somam-se aos serviços supracitados, os descritos pelo **Credenciado**, por meio do Anexo \_\_\_\_ do Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organização Civil de Saúde (OCS) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA), do Hospital Militar de Área de Recife.

#### **CLÁUSULA OITAVA - Dos serviços não atendidos pelo credenciamento**

**Não** devem ser prestados por este instrumento **os serviços não cobertos pelo SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS** conforme o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), informados pelo **Credenciante**. **É expressamente proibida** a subcontratação dos serviços relacionados neste Termo de Credenciamento.

#### **CLÁUSULA NONA - Dos preços dos serviços**

9.1 O **Credenciante** se compromete a pagar os serviços prestados na forma deste Termo de Credenciamento, observados as dotações dispostas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, , cujos valores foram autorizados pela Diretoria de Saúde, conforme Parecer Técnico nº \_\_\_\_\_ DSau/SRAM, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

9.2 Os serviços de saúde que não constem no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife poderão ser realizados excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos **beneficiários** do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmnd 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados do Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços credenciados.

9.3 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - Do reajustamento de preços e atualização monetária**

10.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto na Lei Nº 14.133/21, sempre vinculados ao Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado neste Edital do Hospital Militar de Área de Recife, após homologação do Escalão Superior, passan-

do a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da(s) data(s) de suas assinaturas, e dentro do que possibilita o Decreto Nº 1.054/94 e alterado pelo Decreto Nº 1.110/94, Leis Nº 8.800/94 e Nº 192/01.

10.2 Quaisquer reajuste de preço só terá validade em função de reajuste nas tabelas mencionadas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado em Termo Aditivo (mediante parecer jurídico e aprovação pelo Escalão Superior).

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das condições de pagamento**

### **11.1 Da apresentação das faturas**

11.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo **Credenciado** em 01 (uma) via, em nome do **Hospital Militar de Área de Recife**, com maior brevidade possível.

11.1.2 As faturas deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica, laudo e documento que comprove a realização do serviço.

11.1.3 A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; Nº do código de beneficiário; Nº do Prec-CP; nº da PASS), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em Reais por item discriminado) e valor total da fatura.

11.1.4 **Será obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro.

11.1.5 Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de **beneficiário** (SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb, PASS e aguardando Prec-CP) e outros conforme orientado pelo **Credenciante**.

11.1.6 A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer de **em horários regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externas do H Mil A Recife.

11.1.7 A fatura deverá ser entregue ao CREDENCIANTE em até 90 (noventa) dias ininterruptos, exceto nos casos de óbito (ver item 11.1.9) a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE. As GE apresentadas pelo paciente ao credenciado após 30 (trinta) dias da sua emissão só poderão ser aceitas se estiverem revalidadas pelo FuSEx/HMAR.

11.1.8 No caso de óbito, a fatura referente à internação deverá ser remetida em até 7 (sete) dias à Seção de Contas Médicas Externas para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

### **11.2 Da lisura e glosas**

11.2.1 As faturas apresentadas pelo **Credenciado** referente aos serviços prestados aos beneficiários do **Credenciante** serão submetidas à lisura pré-pagamento.

11.2.2 É reservado ao **Credenciante**, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

11.2.3 O **Credenciante** terá prazo de **30 (trinta) dias corridos** para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

11.2.4 O **Credenciado** será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa, uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o **Credenciado** terá o máximo de **10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

11.2.5 O **Credenciado**, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao **Credenciante**.

11.2.6 No caso do **Credenciado**, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo **Credenciante**, não cabendo ao **Credenciado** recurso posterior.

11.2.7 Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

11.2.8 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado** a cobrança dos valores glosados diretamente do **beneficiário**.

11.2.9 Para efeito deste credenciamento, **os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo.**

### 11.3 Dos motivos de glosa

11.3.1 Serão motivos de glosa por parte do **Credenciante**:

a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória. **Salvo guia remetida com assinatura digital;**

b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;

c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;

d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;

e) A falta de data de atendimento na fatura;

f) A falta de data ou assinatura do **beneficiário** no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);

g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);

h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;

i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;

j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;

k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;

l) A falta de especificação na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;

m) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e

n) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

11.3.2 O **Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento anexadas às faturas com data de encaminhamento **superior a 90 (noventa) dias de sua emissão ou de 60 (sessenta) dias após a execução dos serviços.**

## 11.4 Do pagamento

11.4.1 O **Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a liquidação, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior.**

11.4.2 A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço prestado e se dará conforme disposto no Art 36 § 4º da Instrução Normativa Nº 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$EM = I \times N \times VP$ , onde:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

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

VP = Valor da parcela em atraso

11.4.3 Sobre o valor devido ao Credenciado, a Administração reterá o **Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)**, a **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)**, a **Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** e a **Contribuição para o PIS/PASEP**, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 480, de 15 de dezembro de 2004, além do valor correspondente ao **Imposto Sobre Serviços (ISS)**.

11.4.4 O **Credenciado** apresentará Nota Fiscal, em **até 5 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

11.4.5 O pagamento da despesa pelo agente recebedor se dará através de crédito bancário na conta da empresa, conforme o estabelecido na letra “a”, do Inciso XIV, do Art. 40, da Lei Nº 8.666/93, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

11.4.6 Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta ao SICAF.

11.4.7 No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual**), CADIN (Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal), CEIS (Cadastro Nacional de Empresas

Inidôneas e Suspensas), CNJ de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do **Tribunal de Contas da União**, ou falta de atualização do cadastro do **Credenciado** no SICAF será realizado os seguintes procedimentos, conforme orientação do Escalão Superior:

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável **até atingir o limite de 60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a cláusula décima quinta deste instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

11.4.8 Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem às seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

11.4.9 As partes concordam que, na hipótese de o HMAR efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado efetivamente pelos serviços prestados, motivada por erro próprio ou da **contratada**, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à da comprovação do ocorrido.

11.4.10 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente que está sendo atendido qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de questões administrativas que possam causar transtornos ao paciente. A não observância poderá resultar na aplicação das sanções previstas neste credenciamento garantidos o contraditório e a ampla defesa.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da vigência**

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 DÉCIMA TERCEIRA – Dos acréscimos e supressões**

13.1 O presente Termo de Credenciamento poderá receber termos aditivos e apostilamentos que ajustem acréscimos ou retiradas de serviços existentes, por ocasião de sua assinatura, com os competentes reajustes ou não de preços, respectivamente, se formulados durante a sua vigência.

13.2 O presente Termo de Credenciamento poderá ser alterado unilateralmente pelo **Credenciante**, quando houver modificação das especializações dos serviços, visando a melhor adequação técnica aos seus objetivos, quando for necessário modificar o valor contratual, em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites, ou mediante acordo entre as partes, nas hipóteses previstas no Art. 124 na Lei Nº 14.133/21.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização**

14.1 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo **Credenciante**, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados pelo Creden-

ciado, através do **fiscal de contrato**, com o auxílio dos componentes do **Credenciante**, que realizam a auditoria concorrente (Art. 117 da Lei Nº 14.133/21), reservando-se o direito de recusar ou sustar a prestação dos serviços que não sejam executados dentro das condições estipuladas neste instrumento contratual.

14.2 O **Credenciante** realizará o acompanhamento de desempenho do **Credenciado**, por intermédio das informações das auditorias realizadas e registradas nos processos de pagamento, assim como das irregularidades elencadas nos itens supracitados desta cláusula, anexando ao processo, as respectivas informações.

14.3 O **Credenciado** garantirá acesso às suas instalações aos auditores do **Credenciante**, para fins de averiguação ou de verificação da qualidade das instalações e dos serviços credenciados, disponibilizando-lhes todas as informações e documentos requeridos.

14.4 Quando forem detectadas irregularidades, o **Credenciante** solicitará ao **Credenciado** que envie suas justificativas, por escrito e no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da solicitação.

14.5 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **Credenciado** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas, ou a rescisão do credenciamento.

14.6 Caberá ao **Credenciado** obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, reservando-se o **Credenciante** o direito de recusar ou sustar a prestação de serviços não previstos nas normas estabelecidas.

14.7 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste instrumento contratual por auditores do **Credenciante** não exclui nem reduz a responsabilidade do **Credenciado**. A responsabilidade a que se refere a presente cláusula estende-se à reparação de dano por falta eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagem.

14.8 O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do credenciamento, não excluindo ou reduzido essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado.

#### **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - Das sanções**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Da rescisão**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Dos direitos das partes**

17.1 Constitui direito legal do **Credenciante** ter o serviço prestado, objeto deste termo de credenciamento, dentro dos prazos e nas demais condições estabelecidas neste credenciamento e em seus anexos.

17.2 São direitos legais do **Credenciado**:

a) Receber do **Credenciante** o pagamento pela prestação dos serviços, objeto deste Termo de Credenciamento, nos prazos e condições estabelecidas no mesmo; e

b) Requerer ao **Credenciante** a rescisão deste Termo de Credenciamento, caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no mesmo ou venha a ocorrer quaisquer das previstas nos incisos § 2º, IV do Art. 137 da Lei Nº 14.133/21.

17.3 O **Credenciado** reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão contratual, previstos na Lei Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Das obrigações e responsabilidades do CREDENCIADO**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Das obrigações do CREDENCIANTE**

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

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - Da negação de remuneração a Militares e servidores**

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 VIGÉSIMA PRIMEIRA - Da subcontratação**

É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Das isenções tributárias**

22.1 Caberá ao **Credenciado** o recolhimento dos tributos e taxas federais, municipais, decorrentes das faturas apresentadas.

22.2 O Exército Brasileiro, representado neste instrumento, não poderá ser alegado, ou servir como amparo a pretendidas isenções tributárias, ou motivo a favores fiscais, que incidam ou venham a incidir sobre os atos ou questões que caibam ao **Credenciado** ou ao usuário.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - Domicílio Foro**

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

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

Recife-PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>(Nome do Representante da OCS)</div> <div>(Razão Social da OCS)</div> <div>Idt N° _____</div> | <div>(Nome do Ordenador de Despesas) - (Posto)</div> <div>Ordenador de Despesas do Hospital Militar de</div> <div>Área de Recife</div> <div>Idt nº _____ MD/EB</div> |
| <div>(Nome)</div> <div>Testemunha</div> <div>Idt N° _____</div>                                    | <div>(Nome)</div> <div>Testemunha</div> <div>Idt N° _____</div>                                                                                                      |

**ANEXO VII**  
**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO DE OCS**  
**ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**  
**(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

**CRENCIANTE:** UNIÃO FEDERAL / EXÉRCITO BRASILEIRO

**CRENCIADO:** \_\_\_\_\_

**OBJETO:** Prestação de serviços assistência técnica de enfermagem domiciliar

**NATUREZA:** Ostensivo

**VIGÊNCIA:** \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ à \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - OCS

A UNIÃO FEDERAL, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), órgão do Exército Brasileiro, com sede na cidade de Recife-PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, inscrito no CNPJ sob o Nº 09.577.422/0001-07 (Principal) e 09.577.422/0002-80 (Secundário), neste ato representado por seu Ordenador de Despesas, o \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ EB/MD, CPF Nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **Credenciante**, e a \_\_\_\_\_, com sede situada à \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o Nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ (Órgão Expedidor), CPF Nº \_\_\_\_\_, daqui por diante denominado **Credenciado**, 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**

1.1 O objeto deste credenciamento é regular a prestação do serviço de assistência técnica de enfermagem domiciliar pelo **Credenciado** aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS-EB e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) aqui denominados simplesmente **beneficiários**, na qual estão incluídas a assistência por profissionais de saúde e todos os recursos necessários ao atendimento em regime de internação domiciliar.

1.2 Aplicam-se as regras deste Termo de Credenciamento aos procedimentos realizados a nível **domiciliar** pelo **Credenciado**.

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

Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

### CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

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

### CLÁUSULA QUARTA - Da dotação orçamentária

4.1 Os recursos financeiros para pagamento dos serviços realizados com base neste Termo de Credenciamento são provenientes da Gestão 00001-Orçamento Geral da União, relacionados aos programas de Trabalho para os beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS.

4.2 As faturas serão empenhadas na Natureza de Despesa 339039 e 339036, para qualquer dos Programas de Trabalho citados no item 3.1.

4.3 Visando cumprir o Artigo 72, IV da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021, **deverão ser empregados os recursos nas seguintes condições:**

| PI                                                                                          | ND <sup>1</sup> | Fonte      | PTRES <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|
| FUSEX                                                                                       | 339039-OCS      | 0170270013 | 171500             |
| FUSEX                                                                                       | 339036-PSA      | 0170270013 | 175000             |
| FUSEX                                                                                       | 339047-IMPOSTO  | 0170270013 | 175000             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339036-PSA      | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339039-OCS      | 0150270001 | 171497             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339036-PSA      | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339039-OCS      | 0170270037 | 171499             |
| EX CBO                                                                                      | 339036-PSA      | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339047-IMPOSTO  | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339039-OCS      | 0151000000 | 171498             |
| Poderá ser usada outra classificação orçamentária que substitua a elencada no quadro acima. |                 |            |                    |

### CLÁUSULA QUINTA - Da identificação dos beneficiários.

5.1 São considerados BENEFICIÁRIOS, para fins deste credenciamento, as pessoas portadoras de documento de identificação que lhe ateste tal condição, conforme abaixo. Ressaltando-se que a aceitação do BENEFICIÁRIO dependerá sempre de **autorização prévia**, que será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, salvo situações de urgência ou emergência médica, conforme especificado **item 4 da Cláusula Sexta- Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento.**

a) **Beneficiários do SAMMED:** Militares da ativa e na inatividade, seus dependentes definidos no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas dos militares (não contribuintes do FuSEx) e seus dependentes que foram instituídos, em vida pelo militar gerador do direito, identificados pela cédula de identidade;

b) **Beneficiários do FuSEx:** Militares do Exército da ativa, da reserva ou reformado e pensionistas, todos contribuintes do FuSEx, bem como seus dependentes, identificados pela cédula de identidade e o Cartão de Beneficiário do FuSEx, ou na falta deste, por Declaração Provisória de Beneficiário, emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o militar titular;

c) **Beneficiários do SAMEx-Cmb:** é aquele que tenha efetivamente participado de operações bélicas durante a Segunda Guerra Mundial, como integrante da Força do Exército e da Força Expedicionária Brasileira, juntamente com pensionistas e dependentes definidos pelo Art. 5º da Lei Nº 8.059, de 4 de julho de 1990, identificados pelo Cartão do Beneficiário do SAMEx-Cmb ou declaração provisória; e

d) **Beneficiários da PASS:** Servidores civis do Exército Brasileiro, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, optantes pela PASS, identificados pelo Cartão de beneficiário da PASS ou Declaração Provisória emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o Servidor Civil e cédula de identidade.

e) Militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais).

## **CLÁUSULA SEXTA – Do regime de execução e responsabilidade das partes**

### **6.1 Indicação para o atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada:**

6.1.1 O encaminhamento de **beneficiários** para atendimento domiciliar será realizado em complemento aos prestados nas instalações do **Credenciante**. O paciente poderá ser encaminhado a partir de atendimento em consultório, setor de emergência ou internamento (transferência).

6.1.2 A requisição da prestação de serviço ocorrerá por meio da solicitação de médico militar ou civil. Essa solicitação sempre será submetida à análise de médico militar, designado para realizar a triagem, que irá aprovar em formulário próprio o encaminhamento para o **Credenciado**.

6.1.3 A escolha da **prestação de serviços de assistência técnica de enfermagem domiciliar**, dentre os disponíveis na rede de credenciado/conveniado do **Credenciante**, sempre será um direito do paciente, familiar ou responsável, não havendo por parte do **Credenciante** obrigação de promover demanda mínima de encaminhamento ao **Credenciado**.

6.1.4 Os encaminhamentos poderão ser suspensos caso haja uma das irregularidades constantes do subitem 11.4.7, da **Cláusula Décima Primeira**, até a regularização da situação em pauta.

### **6.2 Da autorização do encaminhamento**

6.2.1 O encaminhamento para o **Credenciado** será **previamente autorizado** pelo **Credenciante**.

6.2.2 A autorização será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, podendo ser apresentada na forma provisória, ou seja, preenchida manualmente, por motivo de indisponibilidade dos sistemas de informação do **Credenciante**.

6.2.3 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data de expedição.

6.2.4 Quando houver necessidade de promover alterações no programa de tratamento já iniciado, o profissional assistente do **Credenciado** justificará a alteração através de relatório que será encaminhado ao **Credenciante** para nova autorização.

### **6.3 Providências do Credenciado quanto ao atendimento**

6.3.1 O atendimento acontece com o ato de acolhimento do **beneficiário**, seguido obrigatoriamente da identificação e do recebimento da Guia de Encaminhamento, para que seja realizada a prestação de serviços contratados.

6.3.2 **Fica expressamente proibido ao Credenciado**, realização do atendimento sem a Guia de Encaminhamento, mesmo sob promessa de apresentação futura da mesma.

6.3.3 **O Credenciado, não poderá realizar cobranças** relativas ao tratamento autorizado, diretamente ao **beneficiário**, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos por este credenciamento, salvo mediante apresentação do **ANEXO XIV**, nem orientar o **beneficiário** a pleitear o reembolso posterior junto ao **Credenciante**. **Os procedimentos não cobertos** devem ser analisados pelo **Credenciante** antes de processados, pois para fins de ressarcimento necessitam de autorização prévia, salvo casos de urgência ou emergência comprovada por médico auditor.

## **6.4 Orçamentos**

6.4.1 Quando houver necessidade o **Credenciante** poderá solicitar orçamento de serviço previsto em contrato ou não. O **Credenciado** deverá apresentar orçamento discriminado do serviço, contendo nome do serviço a ser realizado, seu valor, nome do paciente e prazo de vigência.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - Dos serviços prestados e respectivos valores**

7.1 O valor é estimado deste Termo de Credenciamento, para fazer face às despesas relativas ao seu objeto, devendo ser tratado apenas como dado estatístico, visando determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento. Não pode, portanto, servir de base rígida para apresentação de Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período.

7.2 Estima-se o valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), para o primeiro ano de vigência deste Termo de Credenciamento.

7.3 Os atendimentos que poderão ser realizados por meio deste credenciamento ou, eventualmente, incluso por termo aditivo, restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento.

7.4 Somam-se aos serviços supracitados, os descritos pelo **Credenciado**, por meio do Anexo \_\_\_\_ do Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organização Civil de Saúde (OCS) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA), do Hospital Militar de Área de Recife.

## **CLÁUSULA OITAVA - Dos serviços não atendidos pelo credenciamento**

**Não** devem ser prestados por este instrumento **os serviços não cobertos pelo SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS/EB** conforme o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), informados pelo **Credenciante**. **É expressamente proibida** a subcontratação dos serviços relacionados neste Termo de Credenciamento.

## **CLÁUSULA NONA - Dos preços dos serviços**

9.1 O **Credenciante** se compromete a pagar os serviços prestados na forma deste Termo de Credenciamento, observados as dotações dispostas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, cujos valores foram autorizados pela Diretoria de Saúde, conforme Parecer Técnico nº \_\_\_\_\_ DSau/SRAM, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

9.2 Os serviços de saúde que não constem no o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**) poderão ser realizados excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos **beneficiários** do

SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS/EB, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmdo 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados do Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços credenciados.

9.3 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes no o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**).

## **CLÁUSULA DÉCIMA - Do reajustamento de preços e atualização monetária**

10.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto na Lei Nº 14.133/21, sempre vinculados ao Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado neste Edital do Hospital Militar de Área de Recife, após homologação do Escalão Superior, passando a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da(s) data(s) de suas assinaturas, e dentro do que possibilita o Decreto Nº 1.054/94 e alterado pelo Decreto Nº 1.110/94, Leis Nº 8.800/94 e Nº 192/01.

10.2 Quaisquer reajuste de preço só terá validade em função de reajuste nas tabelas mencionadas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado em Termo Aditivo (mediante parecer jurídico e aprovação pelo Escalão Superior).

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das condições de pagamento**

### **11.1 Do faturamento**

#### **11.1 Da apresentação das faturas**

11.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo **Credenciado** em 1 (uma) via, em nome do **Hospital Militar de Área de Recife**, com maior brevidade possível.

11.1.2 As faturas deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica, laudo e documento que comprove a realização do serviço.

11.1.3 A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; Nº do código de beneficiário; Nº do Prec-CP; nº da PASS), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em Reais por item discriminado) e valor total da fatura.

11.1.4 **Será obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro.

11.1.5 Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de BENEFICIÁRIO (SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb, PASS e aguardando Prec-CP) e outros conforme orientado pelo CREDENCIANTE.

11.1.6 A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer de **em horários**

**regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externas do H Mil A Recife.

11.1.7 A fatura deverá ser entregue ao **Credenciante** em até **90 (noventa) dias ininterruptos a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE**. Caso o paciente apresente a guia ao **Credenciado** após decorrido o prazo de **30 (trinta) dias** da sua emissão, esse deverá providenciar a revalidação da mesma junto ao FuSEx.

## **11.2 Da lisura e glosas**

11.2.1 As faturas apresentadas pelo **Credenciado** referente aos serviços prestados aos beneficiários do **Credenciante** serão submetidas à lisura pré-pagamento.

11.2.2 É reservado ao **Credenciante**, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

11.2.3 O **Credenciante** terá prazo de 30 (trinta) dias corridos para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

11.2.4 O **Credenciado** será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa, uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o **Credenciado** terá o **máximo de 10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

11.2.5 O **Credenciado**, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao **Credenciante**.

11.2.6 No caso do **Credenciado**, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo **Credenciante**, não cabendo ao **Credenciado** recurso posterior.

11.2.7 Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

11.2.8 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado** a cobrança dos valores glosados diretamente do **beneficiário**.

11.2.9 Para efeito deste credenciamento, **os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo**.

## **11.3 Dos motivos de glosa**

11.3.1 Serão motivos de glosa por parte do **Credenciante**:

a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória;

b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;

c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;

d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;

e) A falta de data de atendimento na fatura;

f) A falta de data ou assinatura do **beneficiário** no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);

g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);

h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;

i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;

- j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;
- k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;
- l) A falta de especificação na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;
- n) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e
- m) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

11.3.2 O **Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento anexadas às faturas com data de encaminhamento **superior a 45 (quarenta e cinco) dias de sua emissão ou de 15 (quinze) dias após a execução dos serviços.**

#### 11.4 Do pagamento

11.4.1 O **Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a liquidação, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior.**

11.4.2 A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço prestado e se dará conforme disposto no Art. 36 § 4º da Instrução Normativa Nº 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$EM = I \times N \times VP$ , onde:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

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

VP = Valor da parcela em atraso

11.4.3 Sobre o valor devido ao **Contratado**, a Administração reterá o **Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)**, a **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)**, a **Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** e a **Contribuição para o PIS/PASEP**, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 480, de 15 de dezembro de 2004, além do valor correspondente ao **Imposto Sobre Serviços (ISS)**.

11.4.4 O **Credenciado** apresentará Nota Fiscal, em **até 5 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

11.4.5 O pagamento da despesa pelo agente recebedor se dará através de crédito bancário na conta da empresa, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

11.4.6 Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta ao SICAF.

11.4.7 No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de**

**Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual, Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS), Lista de Inidôneos do Tribunal de Contas da União e CNJ), ou falta de atualização do cadastro do Credenciado no SICAF, serão realizados os seguintes procedimentos conforme orientação do Escalão Superior:**

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável **até atingir o limite de 60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a **Cláusula Décima Quinta** deste instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

11.4.8 Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem às seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

11.4.9 As partes concordam que, na hipótese de o HMAR efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado efetivamente pelos serviços prestados, motivada por erro próprio ou da **Contratada**, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à da comprovação do ocorrido.

11.4.10 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente que está sendo atendido qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de questões administrativas que possam causar transtornos ao paciente. A não observância poderá resultar na aplicação das sanções previstas neste credenciamento **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da vigência**

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 DÉCIMA TERCEIRA - Dos acréscimos e supressões**

13.1 O presente Termo de Credenciamento poderá receber **termos aditivos e apostilamentos** que ajustem acréscimos ou retiradas de serviços existentes, por ocasião de sua assinatura, com os competentes reajustes ou não de preços, respectivamente, se formulados durante a sua vigência.

13.2 O presente Termo de Credenciamento poderá ser alterado unilateralmente pelo **Credenciante**, quando houver modificação das especializações dos serviços, visando a melhor adequação técnica aos seus objetivos, quando for necessário modificar o valor contratual, em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites, ou mediante acordo entre as partes, nas hipóteses previstas no Art. 124 na Lei Nº 14.133/21.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização**

14.1 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo **Credenciante**, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados pelo Credenciado, através do **fiscal de contrato**, com o auxílio dos componentes do **Credenciante**, que realizam a auditoria concorrente (Art. 117 da Lei Nº 14.133/21), reservando-se o direito de recusar ou sustar a prestação dos serviços que não sejam executados dentro das condições estipuladas neste instrumento contratual.

14.2 O **Credenciante** realizará o acompanhamento de desempenho do **Credenciado**, por intermédio das informações das auditorias realizadas e registradas nos processos de pagamento, assim como das irregularidades elencadas nas cláusulas supracitadas deste termo, anexando ao processo, as respectivas informações.

14.3 O **Credenciado** garantirá acesso às suas instalações aos auditores do **Credenciante**, para fins de averiguação ou de verificação da qualidade das instalações e dos serviços credenciados, disponibilizando-lhes todas as informações e documentos requeridos.

14.4 Quando forem detectadas irregularidades, o **Credenciante** solicitará ao **Credenciado** que envie suas justificativas, por escrito e **no prazo de 05 (cinco) dias úteis**, a contar do recebimento da solicitação.

14.5 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **Credenciado** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas, ou a rescisão do credenciamento.

14.6 Caberá ao **Credenciado** obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, reservando-se o **Credenciante** o direito de recusar ou sustar a prestação de serviços não previstos nas normas estabelecidas.

14.7 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste instrumento contratual por auditores do **Credenciante** não exclui nem reduz a responsabilidade do **Credenciado**. A responsabilidade a que se refere a presente cláusula estende-se à reparação de dano por falta eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagem.

14.8 O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do credenciamento, não excluindo ou reduzido essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado.

## **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - Das sanções**

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Da rescisão**

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Dos direitos das partes**

17.1 Constitui direito legal do **Credenciante** ter o serviço prestado, objeto deste Termo de Credenciamento, dentro dos prazos e nas demais condições estabelecidas neste credenciamento e em seus anexos.

17.2 São direitos legais do **Credenciado**:

a) Receber do **Credenciante** o pagamento pela prestação dos serviços, objeto deste Termo de Credenciamento, nos prazos e condições estabelecidas no mesmo; e

b) Requerer ao **Credenciante** a rescisão deste Termo de Credenciamento, caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no mesmo ou venha a ocorrer quaisquer das previstas nos incisos § 2º, IV do Art. 137 da Lei Nº 14.133/21.

17.3 O **Credenciado** reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão contratual, previstos na Lei Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Das obrigações e responsabilidades do CREDENCIADO**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Das obrigações do CREDENCIANTE**

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

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - Da negação de remuneração a Militares e servidores**

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 VIGÉSIMA PRIMEIRA - Da subcontratação**

É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Das isenções tributárias**

22.1 Caberá ao **Credenciado** o recolhimento dos tributos e taxas federais, municipais, decorrentes das faturas apresentadas.

22.2 O Exército Brasileiro, representado neste instrumento, não poderá ser alegado, ou servir como amparo a pretendidas isenções tributárias, ou motivo a favores fiscais, que incidam ou venham a incidir sobre os atos ou questões que caibam ao **Credenciado** ou ao usuário.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - Domicílio Foro**

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

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

Recife-PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(Nome do Representante da OCS)

---

(Nome do Ordenador de Despesas) - (Posto)

(Razão Social da OCS)  
Idt N° \_\_\_\_\_

Ordenador de Despesas do Hospital Militar de  
Área de Recife  
Idt n° \_\_\_\_\_ MD/EB

---

**(Nome)**  
Testemunha  
Idt N° \_\_\_\_\_

---

**(Nome)**  
Testemunha  
Idt N° \_\_\_\_\_

**ANEXO VIII**  
**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO DE**  
**PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS - PSA**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE**  
**(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

**CREDENCIANTE:** UNIÃO FEDERAL / EXÉRCITO BRASILEIRO

**CREDENCIADO:** \_\_\_\_\_

**OBJETO:** Prestação de serviços de saúde em \_\_\_\_\_

**NATUREZA:** Ostensivo

**VIGÊNCIA:** \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO** Nr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - PSA

A UNIÃO FEDERAL, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), órgão do Exército Brasileiro, com sede na cidade de Recife-PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, inscrito no CNPJ sob o Nº 09.577.422/0001-07 (Principal) e 09.577.422/0002-80 (Secundário), neste ato representado por seu Ordenador de Despesas, o \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ EB/MD, CPF Nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **Credenciante**, e a \_\_\_\_\_, com sede situada à \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o Nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade Nº \_\_\_\_\_ (Órgão Expedidor), CPF Nº \_\_\_\_\_, daqui por diante denominado **Credenciado**, 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**

1.1 O Objeto deste Termo de Credenciamento é regular a prestação de serviços de saúde na área de \_\_\_\_\_, pelo **Credenciado**, aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) aqui denominados simplesmente **beneficiários**, na qual estão incluídas: (*enumerar os serviços*).

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

Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

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

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

### **CLÁUSULA QUARTA - Da dotação orçamentária**

4.1 Os recursos financeiros para pagamento dos serviços realizados com base neste Termo de Credenciamento são provenientes da Gestão 00001-Orçamento Geral da União, relacionados aos programas de Trabalho para os beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS.

4.2 As faturas serão empenhadas na Natureza de Despesa 339039 e 339036, para qualquer dos Programas de Trabalho citados no item 3.1.

4.3 Visando cumprir o Artigo 72, IV da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021, **deverão ser empregados os recursos nas seguintes condições:**

| PI                                                                                          | ND <sup>1</sup> | Fonte      | PTRES <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|
| FUSEX                                                                                       | 339039-OCS      | 0170270013 | 171500             |
| FUSEX                                                                                       | 339036-PSA      | 0170270013 | 175000             |
| FUSEX                                                                                       | 339047-IMPOSTO  | 0170270013 | 175000             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339036-PSA      | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO                                                                                 | 339039-OCS      | 0150270001 | 171497             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339036-PSA      | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339047-IMPOSTO  | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL                                                                                 | 339039-OCS      | 0170270037 | 171499             |
| EX CBO                                                                                      | 339036-PSA      | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339047-IMPOSTO  | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO                                                                                      | 339039-OCS      | 0151000000 | 171498             |
| Poderá ser usada outra classificação orçamentária que substitua a elencada no quadro acima. |                 |            |                    |

### **CLÁUSULA QUINTA - Da identificação dos beneficiários.**

5.1 São considerados **beneficiários**, para fins deste credenciamento, as pessoas portadoras de documento de identificação que lhe ateste tal condição, conforme abaixo. Ressaltando-se que a aceitação do **beneficiário** dependerá sempre de **autorização prévia**, que será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, salvo situações de urgência ou emergência médica, conforme especificado no **item 4 da Cláusula Sexta- Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento.**

a) **Beneficiários do SAMMED:** Militares da ativa e na inatividade, seus dependentes definidos no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas dos militares (não contribuintes do FuSEx) e seus dependentes que foram instituídos, em vida pelo militar gerador do direito, identificados pela cédula de identidade;

b) **Beneficiários do FuSEx:** Militares do Exército da ativa, da reserva ou reformado e pensionistas, todos contribuintes do FuSEx, bem como seus dependentes, identificados pela cédula de identidade e o Cartão de Beneficiário do FuSEx, ou na falta deste, por Declaração Provisória de Beneficiário, emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o militar titular;

c) **Beneficiários do SAMEx-Cmb:** é aquele que tenha efetivamente participado de operações bélicas durante a Segunda Guerra Mundial, como integrante da Força do Exército e da Força Expedicionária Brasileira, juntamente com pensionistas e dependentes definidos pelo Art. 5º da Lei Nr 8.059, de 4 de julho de 1990, identificados pelo Cartão do Beneficiário do SAMEx-Cmb ou declaração provisória; e

d) **Beneficiários da PASS:** Servidores civis do Exército Brasileiro, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, optantes pela PASS, identificados pelo Cartão de beneficiário da PASS ou Declaração Provisória emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o Servidor Civil e cédula de identidade.

e) Militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais).

## **CLÁUSULA SEXTA - Do regime de execução e responsabilidade das partes**

### **6.1 Indicações para atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada:**

6.1.1 O encaminhamento de **beneficiários** para atendimento ambulatorial e domiciliar será realizado em complemento aos prestados nas instalações do **Credenciante**.

6.1.2 A requisição da prestação de serviço ocorrerá por meio da solicitação de médico militar ou civil. Essa solicitação sempre será submetida à análise de médico militar, designado para realizar a triagem, que irá aprovar em formulário próprio o encaminhamento para o **Credenciado**.

6.1.3 A escolha do prestador do serviço de saúde (*especificar*), dentre os disponíveis na rede de credenciado/conveniado do **Credenciante**, sempre será um direito do paciente, familiar ou responsável, não havendo por parte do **Credenciante** obrigação de promover demanda mínima de encaminhamento ao **Credenciado**.

6.1.4 Os encaminhamentos poderão ser suspensos caso haja uma das irregularidades constantes do subitem 11.4.7, da **Cláusula Décima Primeira**, até a regularização da situação em pauta.

### **6.2 Da autorização do encaminhamento**

6.2.1 O encaminhamento para o **Credenciado** será **previamente autorizado** pelo **Credenciante**, salvos os casos de urgência ou emergência, que serão tratados na forma definida no item 6.4 desta cláusula.

6.2.2 A autorização será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, podendo ser apresentada na forma provisória, ou seja, preenchida manualmente, por motivo de indisponibilidade dos sistemas de informação do **Credenciante**.

6.2.3 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data de expedição.

6.2.4 Quando houver necessidade de promover alterações no programa de tratamento já iniciado, o profissional assistente do **Credenciado** justificará a alteração através de relatório que será encaminhado ao **Credenciante** para nova autorização.

6.2.5 A execução de tratamentos paralelos e exames complementares nas instalações do próprio **Credenciado**, deverá ser autorizado pelo **Credenciante** por meio de nova Guia de Encaminhamento. Para tanto o **beneficiário** ou responsável deve retornar à Seção do FuSEx para providenciar nova guia.

### **6.3 Providências do Credenciado quanto ao atendimento**

6.3.1 O atendimento acontece com o ato de acolhimento do **beneficiário**, seguido obrigatoriamente da identificação e do recebimento da Guia de Encaminhamento, para que seja realizada a prestação de serviços contratados, salvo os casos de urgência e emergência, em que a Guia de Encaminhamento deverá ser remetida posteriormente, conforme orientado no item 6.4.

6.3.2 O **Credenciado**, não poderá realizar cobranças relativas ao tratamento autorizado, diretamente ao **beneficiário**, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos por este credenciamento, salvo mediante apresentação do **ANEXO XV**, nem orientar o **beneficiário** a pleitear o reembolso posterior junto ao **Credenciante**. Os procedimentos não cobertos devem ser analisados pelo **Credenciante** antes de processados, pois para fins de ressarcimento necessitam de autorização prévia, salvo casos de urgência ou emergência comprovada por médico auditor.

6.3.3 Caso haja solicitação por parte do **beneficiário** pela prestação de serviço não coberto ou autorizado pelo **Credenciante**, com a anuência deste, o **Credenciado** poderá disponibilizar o serviço pretendido, a seu critério, realizando a cobrança diretamente ao **beneficiário**, havendo ainda a necessidade de apresentar **ANEXO XV**.

6.3.4 Os atendimentos serão feitos de acordo com a disponibilidade de vagas, não se responsabilizando o **Credenciado**, quando sua capacidade de atendimento estiver saturada. No entanto, ao iniciar o tratamento, o **Credenciado** deverá garantir o término.

6.3.5 Fica expressamente proibido ao **Credenciado**, realização do atendimento sem a Guia de Encaminhamento, mesmo sob promessa de apresentação futura da mesma, salvo para os casos de urgência ou emergência, devidamente justificados e sujeitos a comprovação pelo Médico Auditor.

### **6.4 Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento**

6.4.1 Somente será autorizado o atendimento sem a (GE), nos casos de urgência ou emergência. A comprovação da urgência/emergência será feita pelo Médico Auditor do **Credenciante**.

6.4.2 Nos atendimentos de urgência e/ou emergência o **Credenciado** deverá orientar o **beneficiário**, ou seu responsável, a providenciar a Guia de Encaminhamento junto ao **Credenciante** e posterior entrega ao **Credenciado**.

6.4.3 O **Credenciante** providenciará a Guia de Encaminhamento após ter tomado conhecimento e comprovada a urgência/emergência do atendimento.

### **6.5 Orçamentos**

6.5.1 Quando houver necessidade o **Credenciante** poderá solicitar orçamento de serviço previsto em contrato ou não. O **Credenciado** deverá apresentar orçamento discriminado do serviço, contendo nome do serviço a ser realizado, seu valor, nome do paciente e prazo de vigência.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - Dos serviços prestados e respectivos valores**

7.1 O valor é estimado deste Termo de Credenciamento, para fazer face às despesas relativas ao seu objeto, devendo ser tratado apenas como dado estatístico, visando determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento. Não pode, portanto, servir de base rígida para apresentação de Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período.

7.2 Estima-se o valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), para o primeiro ano de vigência deste Termo de Credenciamento.

7.3 Os atendimentos que poderão ser realizados por meio deste credenciamento ou, eventualmente, incluso por termo aditivo, restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento.

7.4 Somam-se aos serviços supracitados, os descritos pelo **Credenciado**, por meio do Anexo \_\_\_\_ do Edital de Credenciamento Nr \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organização Civil de Saúde ( \_\_\_\_\_ ) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA), do Hospital Militar de Área de Recife, a saber:

### **CLÁUSULA OITAVA - Dos serviços não atendidos pelo credenciamento**

Não devem ser prestados por este instrumento **os serviços não cobertos pelo SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS** conforme o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), informados pelo **Credenciante**. **É expressamente proibida** a subcontratação dos serviços relacionados neste Termo de Credenciamento.

### **CLÁUSULA NONA - Dos preços dos serviços**

9.1 O **Credenciante** se compromete a pagar os serviços prestados na forma deste Termo de Credenciamento, observados as dotações dispostas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nr \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, cujos valores foram autorizados pela Diretoria de Saúde, conforme Parecer Técnico nº \_\_\_\_\_ DSau/SRAM, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

9.2 Os serviços de saúde que não constem no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife poderão ser realizados excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos **beneficiários** do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmnd 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados do Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços credenciados.

9.3 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens incluso em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - Do reajustamento de preços e atualização monetária**

10.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto na Lei Nº 14.133/21, sempre vinculados ao Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado neste Edital do Hospital Militar de Área de Recife, após homologação do Escalão Superior, passando a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da(s) data(s) de suas assinaturas, e dentro do que possibilita o Decreto Nº 1.054/94 e alterado pelo Decreto Nº 1.110/94, Leis Nº 8.800/94 e Nº 192/01.

10.2 Quaisquer reajuste de preço só terá validade em função de reajuste nas tabelas mencionadas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nr \_\_\_\_/\_\_\_\_ de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado em Termo Aditivo (mediante parecer jurídico e aprovação pelo Escalão Superior).

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das condições de pagamento**

### **11.1 Da apresentação das faturas**

11.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo **Credenciado** em 1 (uma) via, em nome do **Hospital Militar de Área de Recife**, com maior brevidade possível.

11.1.2 As faturas deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica, laudo e documento que comprove a realização do serviço.

11.1.3 A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; Nr do código de beneficiário), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em Reais por item discriminado) e valor total da fatura.

11.1.4 **Será obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro.

11.1.5 Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de **beneficiário** (SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb e PASS) e outros conforme orientado pelo **Credenciante**.

11.1.6 A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer de **em horários regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externas do H Mil A Recife.

11.1.7 A fatura deverá ser entregue ao **Credenciante** em até **90 (noventa) dias ininterruptos a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE. Caso o paciente apresente a guia ao Credenciado após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias da sua emissão, esse deverá providenciar a revalidação da mesma junto ao FuSEx.**

### **11.2 Da lisura e glosas**

11.2.1 As faturas apresentadas pelo **Credenciado** referente aos serviços prestados aos beneficiários do **Credenciante** serão submetidas à lisura pré-pagamento.

11.2.2 É reservado ao **Credenciante**, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

11.2.3 O **Credenciante** terá prazo de **30 (trinta) dias corridos** para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

11.2.4 O **Credenciado** será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa, uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o **Credenciado** terá o máximo de **10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

11.2.5 O **Credenciado**, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao **Credenciante**.

11.2.6 No caso do **Credenciado**, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo **Credenciante**, não cabendo ao **Credenciado** recurso posterior.

11.2.7 Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

11.2.8 **Fica expressamente proibido** ao **Credenciado** a cobrança dos valores glosados diretamente do **beneficiário**.

11.2.9 Para efeito deste credenciamento, **os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo.**

### 11.3 Dos motivos de glosa

11.3.1 Serão motivos de glosa por parte do **Credenciante**:

a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória. **Salvo guia remetida com assinatura digital;**

b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;

c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;

d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;

e) A falta de data de atendimento na fatura;

f) A falta de data ou assinatura do **beneficiário** no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);

g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);

h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;

i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;

j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;

k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;

l) A falta de especificação na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;

m) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e

n) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

11.3.2 O **Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento anexadas às faturas com data de encaminhamento **superior a 90 (noventa) dias de sua emissão ou de 60 (sessenta) dias após a execução dos serviços.**

## 11.4 Do pagamento

11.4.1 O **Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a lisura, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação do Recibo de Pagamento de Autônomo, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior.**

11.4.2 A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação do Recibo de Pagamento de Autônomo prestado e se dará conforme disposto no Art. 36 § 4º da Instrução Normativa Nr 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes formulas:

EM = I x N x VP, onde:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

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

VP = Valor da parcela em atraso

11.4.3 Sobre o valor devido ao **Contratado**, a Administração reterá 11% (onze por cento) do valor bruto do **Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA)**, e recolherá à Previdência Social, conforme disposto na Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil Nr 971, de 13 de novembro de 2009.

11.4.4 O **Credenciado** apresentará RPA, em **até 05 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

11.4.5 O pagamento da despesa pelo agente recebedor se dará através de crédito bancário na conta da empresa, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

11.4.6 Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta ao SICAF.

11.4.7 No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual**), CADIN (Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal), CEIS (Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas), CNJ de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do **Tribunal de Contas da União**, ou falta de atualização do cadastro do **Credenciado** no SICAF será realizado os seguintes procedimentos, conforme orientação do Escalão Superior:

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável **até atingir o limite de 60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a cláusula décima quinta deste instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

11.4.8 Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem às seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

11.4.9 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente que está sendo atendido qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de questões administrativas que possam causar transtornos ao paciente. A não observância poderá resultar na aplicação das sanções previstas neste credenciamento garantidos o contraditório e a ampla defesa.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da vigência**

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 DÉCIMA TERCEIRA – Dos acréscimos e supressões**

13.1 O presente Termo de Credenciamento poderá receber termos aditivos e apostilamentos que ajustem acréscimos ou retiradas de serviços existentes, por ocasião de sua assinatura, com os competentes reajustes ou não de preços, respectivamente, se formulados durante a sua vigência.

13.2 O presente Termo de Credenciamento poderá ser alterado unilateralmente pelo **Credenciante**, quando houver modificação das especializações dos serviços, visando a melhor adequação técnica aos seus objetivos, quando for necessário modificar o valor contratual, em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites, ou mediante acordo entre as partes, nas hipóteses previstas no Art. 124 na Lei Nº 14.133/21.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização**

14.1 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo **Credenciante**, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados pelo **Credenciado**, através do **fiscal de contrato**, com o auxílio dos componentes do **Credenciante**, que realizam a auditoria concorrente (Art. 117 da Lei Nº 14.133/21), reservando-se o direito de recusar ou sustar a prestação dos serviços que não sejam executados dentro das condições estipuladas neste instrumento contratual.

14.2 O **Credenciante** realizará o acompanhamento de desempenho do **Credenciado**, por intermédio das informações das auditorias realizadas e registradas nos processos de pagamento, assim como das irregularidades elencadas nos itens supracitados desta cláusula, anexando ao processo, as respectivas informações.

14.3 O **Credenciado** garantirá acesso à suas instalações aos auditores do **Credenciante**, para fins de averiguação ou de verificação da qualidade das instalações e dos serviços credenciados, disponibilizando-lhes todas as informações e documentos requeridos.

14.4 Quando forem detectadas irregularidades, o **Credenciante** solicitará ao **Credenciado** que envie suas justificativas, por escrito e no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da solicitação.

14.5 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **Credenciado** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas, ou a rescisão do credenciamento.

14.6 Caberá ao **Credenciado** obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, reservando-se o **Credenciante** o direito de recusar ou sustar a prestação de serviços não previstos nas normas estabelecidas.

14.7 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste instrumento contratual por auditores do **Credenciante** não exclui nem reduz a responsabilidade do **Credenciado**. A responsabilidade a que se refere a presente cláusula estende-se à reparação de dano por falta eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagem.

14.8 O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros decorrente de sua culpa ou dolo na execução do credenciamento, não excluindo ou reduzido essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado.

#### **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - Das sanções**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Da rescisão**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Dos direitos das partes**

17.1 Constitui direito legal do **Credenciante** ter o serviço prestado, objeto deste termo de credenciamento, dentro dos prazos e nas demais condições estabelecidas neste credenciamento e em seus anexos.

17.2 São direitos legais do **Credenciado**:

a) Receber do **Credenciante** o pagamento pela prestação dos serviços, objeto deste Termo de Credenciamento, nos prazos e condições estabelecidas no mesmo; e

b) Requerer ao **Credenciante** a rescisão deste Termo de Credenciamento, caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no mesmo ou venha a ocorrer quaisquer das previstas nos incisos § 2º, IV do Art. 137 da Lei Nº 14.133/21.

17.3 O **Credenciado** reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão contratual, previstos na Lei Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Das obrigações e responsabilidades do CREDENCIADO**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Das obrigações do CREDENCIANTE**

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

**CLÁUSULA VIGÉSIMA - Da negação de remuneração a Militares e servidores**

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 VIGÉSIMA PRIMEIRA - Da subcontratação**

É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Das isenções tributárias**

22.1 Caberá ao **Credenciado** o recolhimento dos tributos e taxas federais, municipais, decorrentes das faturas apresentadas.

22.2 O Exército Brasileiro, representado neste instrumento, não poderá ser alegado, ou servir como amparo a pretendidas isenções tributárias, ou motivo a favores fiscais, que incidam ou venham a incidir sobre os atos ou questões que caibam ao **Credenciado** ou ao usuário.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - Domicílio Foro**

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

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

Recife-PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Pessoa Física - PSA)

Idt Nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome do Ordenador de Despesas) - (Posto)

Ordenador de Despesas do Hospital Militar de  
Área de Recife

Idt nº \_\_\_\_\_ MD/EB

\_\_\_\_\_  
(Nome)

Testemunha

Idt Nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome)

Testemunha

Idt Nr \_\_\_\_\_



**ANEXO IX**  
**MODELO REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA - OCS**

**(Timbre ou dados da empresa)**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

Ao Sr(a). Diretor do Hospital Militar de Área de Recife

A Empresa (ou Associação, Instituição, etc.), \_\_\_\_\_ (razão social)\_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_, \_\_\_\_ (complemento)\_\_\_\_, \_\_\_\_ (bairro)\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ Estado\_\_\_\_, \_\_\_\_ (telefones) \_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, na condição de Organização Civil de Saúde (OCS) inscrita no \_\_\_\_\_ (Órgão ou Conselho Fiscalizador)\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_, vem requerer seu credenciamento para prestar serviços de saúde aos beneficiários do SAMMED, FUSEx, SAME-Cmb e PASS, nas especialidades de \_\_\_\_\_ (resumir a especialidade da OCS)\_\_\_\_\_.

Disponibilizamos os seguintes meios para prestar quaisquer esclarecimentos relativos à esta proposta, bem como para agendamento da vistoria técnica: telefone (XX) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (nome do contato, função).

Para efeito deste requerimento, seguem anexos os documentos especificados no Edital o credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) de Alta Complexidade do HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE, com o qual esta empresa (ou Associação, Instituição, etc.) declara estar de pleno acordo em todas as suas cláusulas e condições.

Designado para representar legalmente e a intervir pelo(a) **(nome da empresa)**, o Sr(a) **(nome do representante)**, **(nº documento de identidade)**, constando também em anexo a credencial que o autoriza a participar deste procedimento administrativo.

Recife - PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**  
**(nº cédula de identidade)**

|                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>ANEXO IX</b><br/><b>MODELO REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA - PSA</b></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(Timbre ou dados da empresa)

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

Ao Sr(a). Diretor do Hospital Militar de Área de Recife

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do profissional),  
\_\_\_\_\_ (profissão), inscrito(a) no Conselho Regional de \_\_\_\_\_ no Estado  
de \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, requeiro meu credenciamento para prestar serviços  
aos usuários do FuSEx nas Especialidades de \_\_\_\_\_ e de  
\_\_\_\_\_, declarando total concordância com as condições estabelecidas no  
Edital de Credenciamento vigente, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções  
constantes Referencial de Preços de Serviços de Saúde de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) de  
baixa e média complexidade e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de  
Área de Recife - H Mil A Recife.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no Edital de Credenciamento.

O meu consultório está localizado à \_\_\_\_\_ no  
\_\_\_\_\_, sala \_\_\_\_\_, bairro de \_\_\_\_\_ CEP  
\_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ e o atendimento é feito às \_\_\_\_\_ (dias da  
semana) no horário de \_\_\_\_\_

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nas  
Normas acima citadas.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**ANEXO X**  
**MODELO DE FICHA CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA - OCS**

(Timbre ou dados da empresa)

**FICHA CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA**

|                                           |                                                                                  |                  |                               |               |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|---------------|
| <b>Razão Social:</b>                      |                                                                                  |                  |                               |               |
| <b>Nome de Fantasia:</b>                  |                                                                                  |                  |                               |               |
| <b>CNPJ:</b>                              |                                                                                  |                  |                               |               |
| <b>Especialidade Principal:</b>           |                                                                                  |                  |                               |               |
| <b>Diretor(a):</b>                        |                                                                                  |                  |                               |               |
| <b>Endereço Sede:</b>                     | Rua _____, nº_____, _____ Complemento_____,<br>CEP _____, _____ cidade_____ -PE. |                  |                               |               |
| <b>Telefone Geral:</b>                    | (____) _____ - _____                                                             |                  |                               |               |
| <b>FAX Geral:</b>                         | (____) _____ - _____                                                             |                  |                               |               |
| <b>E -mail Geral:</b>                     | _____@_____                                                                      |                  |                               |               |
| <b>Domicílio bancário para pagamento:</b> | Agência:<br>Conta Corrente:                                                      |                  |                               |               |
| <b>CONTATOS</b>                           |                                                                                  |                  |                               |               |
| <b>Setor</b>                              | <b>Responsável</b>                                                               | <b>Telefone</b>  | <b>FAX</b>                    | <b>e-mail</b> |
| <b>Direção</b>                            |                                                                                  | (____) ____-____ | (____) ____-____              | _____@_____   |
| <b>Setor de Contratos<br/>/Convênios</b>  |                                                                                  | (____) ____-____ | (____) ____-____              | _____@_____   |
| <b>Setor de Faturamento</b>               |                                                                                  | (____) ____-____ | (____) ____-____              | _____@_____   |
| <b>Emissão de Notas Fiscais</b>           |                                                                                  | (____) ____-____ | (____) ____-____              | _____@_____   |
| <b>LOCAIS DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS</b> |                                                                                  |                  |                               |               |
| <b>Serviços</b>                           | <b>Local</b>                                                                     |                  | <b>Horário de Atendimento</b> |               |
| 1)<br>2)<br>3)                            | _____Endereço_____                                                               |                  |                               |               |

Recife - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome do Representante Legal)  
(nº cédula de identidade)

**ANEXO X**  
**MODELO DE FICHA CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - PSA**

(Nome do Profissional Autônomo Proponente)

**FICHA CADASTRO DE PESSOA FÍSICA**

|                                           |                                                                                     |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Profissional:</b>                      |                                                                                     |
| <b>CPF:</b>                               |                                                                                     |
| <b>Especialidade Principal:</b>           |                                                                                     |
| <b>Endereço Sede:</b>                     | Rua _____, nº _____, _____ Complemento _____,<br>CEP _____, _____ cidade _____ -PE. |
| <b>Telefone Geral:</b>                    | (____) _____ - _____                                                                |
| <b>FAX Geral:</b>                         | (____) _____ - _____                                                                |
| <b>e-mail Geral:</b>                      | _____@_____                                                                         |
| <b>Domicílio bancário para pagamento:</b> | Agência:<br>Conta Corrente:                                                         |

**CONTATOS**

| Setor                                | Responsável | Telefone           | FAX                | e-mail      |
|--------------------------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|
| <b>Direção</b>                       |             | (____) ____ - ____ | (____) ____ - ____ | _____@_____ |
| <b>Setor de Contratos /Convênios</b> |             | (____) ____ - ____ | (____) ____ - ____ | _____@_____ |
| <b>Setor de Faturamento</b>          |             | (____) ____ - ____ | (____) ____ - ____ | _____@_____ |
| <b>Emissão de Notas Fiscais</b>      |             | (____) ____ - ____ | (____) ____ - ____ | _____@_____ |

**LOCAIS DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS**

| Serviços             | Local              | Horário de Atendimento |
|----------------------|--------------------|------------------------|
| 1)<br>2)<br>3)<br>4) | _____Endereço_____ |                        |

Recife - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome do Representante Legal)  
(nº cédula de identidade)

**ANEXO XI**  
**MODELO DE PROPOSTA DE SERVIÇOS DE PESSOA JURÍDICA - OCS**

**(Timbre ou dados da empresa)**

**A) SERVIÇOS**

Disponibilizamos os seguintes serviços aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb e PASS:

| <b>CÓDIGO<br/>TABELA</b> | <b>SERVIÇO</b>                                                                        | <b>OBSERVAÇÃO</b> |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          | Obs.: Convém descrever todos os serviços, exames e/ou procedimentos a serem prestados |                   |

**B) CORPO CLÍNICO**

Informamos os profissionais que compõem o corpo clínico desta OCS, que atuam na realização dos serviços propostos:

| <b>NOME DO PROFISSIONAL</b> | <b>REGISTRO CONSELHO DE<br/>CLASSE</b> | <b>ESPECIALIDADE</b> |
|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------|
|                             |                                        |                      |
|                             |                                        |                      |
|                             |                                        |                      |
|                             |                                        |                      |

Recife - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**  
**(nº cédula de identidade)**

**ANEXO XI**  
**MODELO DE PROPOSTA DE SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA - PSA**

**(Nome do Profissional Autônomo Proponente)**

**A) SERVIÇOS**

Disponibilizo os seguintes serviços aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb e PASS:

| <b>CÓDIGO<br/>TABELA</b> | <b>SERVIÇO</b>                                                                        | <b>OBSERVAÇÃO</b> |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          |                                                                                       |                   |
|                          | Obs.: Convém descrever todos os serviços, exames e/ou procedimentos a serem prestados |                   |

**B) PROFISSIONAL**

Profissional que atua na realização dos serviços propostos:

| <b>NOME DO PROFISSIONAL</b> | <b>REGISTRO CONSELHO DE<br/>CLASSE</b> | <b>ESPECIALIDADE</b> |
|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------|
|                             |                                        |                      |

Recife - PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**  
**(nº cédula de identidade)**

**ANEXO XII**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS DE PESSOA JURÍDICA - OCS**

**(Timbre ou dados da empresa)**

**DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS**

**(Razão Social da OCS)**, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_ sediada na **(endereço completo)** 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.

Recife - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**  
**(nº cédula de identidade)**

**ANEXO XIII**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE TRABALHO DE MENOR DE PESSOA JURÍDICA - OCS**

**(Timbre ou dados da empresa)**

**DECLARAÇÃO DO TRABALHO DO MENOR**

**(Razão Social da OCS)**, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, sediada na **(endereço completo)**, 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.

Recife - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**  
**(nº cédula de identidade)**

|                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>ANEXO XIV</b><br/><b>MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SERVIDOR PÚBLICO CIVIL E MILITAR PARA PESSOA JURÍDICA - OCS</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**(Timbre ou dados da empresa)**

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SERVIDOR NO QUADRO FUNCIONAL**

(Razão Social da OCS), inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_ sediada na (endereço completo) declara, sob as penas da Lei, de que não há em seu quadro funcional (como funcionários, proprietários ou diretores), qualquer servidor, civil ou militar (da ativa, reconvocados ou prestadores de tarefa por tempo certo), conforme art. 14, IV da Lei nº 14.133/21.

Recife - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
**(solicito possibilidade de deixar data em branco)**

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**  
**(nº cédula de identidade)**

|                 |
|-----------------|
| <b>ANEXO XV</b> |
|-----------------|

**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO DE BENEFICIÁRIO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE BENEFICIÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da identidade número \_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) à \_\_\_\_\_, beneficiário do \_\_\_\_\_, sob o número \_\_\_\_\_, declaro estar ciente que o Credenciante tem acordo negociado com o Credenciado para procedimentos com tabelas de remunerações de honorários médicos para pacientes em atendimento de urgência, emergência e procedimentos eletivos com profissionais do rol do credenciado. Diante do exposto declaro optando por outro profissional que não faça parte do rol do hospital ou que não possua credenciamento com este Credenciante, além dos procedimentos contemplados pela cobertura da ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, os valores ficarão sob minha responsabilidade, devendo ser pago de forma particular a esta instituição ou a equipe médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) beneficiário (a)

**ANEXO XVI**  
**MODELO DE TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**  
**NEAD**

**TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - NEAD**

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Prec-CP/Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

C.R.M.: \_\_\_\_\_

| GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE                                                                                                             |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|---|-------------------------------------------|--|
| ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR                                                                                             |   |                                                    |   |                                                                             |                  | SIM                                             |   | NÃO                                       |  |
| Apresenta Cuidador em período integral?                                                                                             |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
| O domicílio é livre de risco?                                                                                                       |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
| Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?                                                                   |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
| Se responder “NÃO” a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.                                  |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
| GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR                                                                |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
|                                                                                                                                     |   | PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   | ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS |  |
|                                                                                                                                     |   | 24 HORAS                                           |   | 12 HORAS                                                                    |                  |                                                 |   |                                           |  |
| ALIMENTAÇÃO PARENTERAL                                                                                                              |   | Por mais de 12 horas/dia                           |   | Até 12 horas/dia                                                            |                  |                                                 |   | Não utiliza                               |  |
| ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES                                                                                 |   | Mais de 5 vezes/dia                                |   | Até 5 vezes/dia                                                             |                  |                                                 |   | Não utiliza                               |  |
| VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO                                                                                        |   | Por mais de 12 horas/dia                           |   | Até 12 horas/dia                                                            |                  |                                                 |   | Não utiliza                               |  |
| MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE                                                                                              |   | Mais de 4 vezes/dia                                |   |                                                                             |                  |                                                 |   | Até 4 vezes/dia                           |  |
| Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez. |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
| GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR                                                   |   |                                                    |   |                                                                             |                  |                                                 |   |                                           |  |
| ESTADO NUTRICIONAL                                                                                                                  | 0 | EUTRÓFICO                                          | 1 | SOBREPESO/EMAGRECIDO                                                        | 2                | OBESO/DESNUTRIDO                                |   |                                           |  |
| ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL                                                                                           | 0 | SEM AUXÍLIO                                        | 1 | ASSISTIDA                                                                   | 2                | GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA                     | 3 | POR SNG/SNE *                             |  |
| KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)                                                                                                     | 0 | INDEPENDENTE                                       | 1 | DEPENDENTE PARCIAL                                                          | 2                | DEPENDENTE TOTAL                                |   |                                           |  |
| INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO                                                                                                           | 0 | 0 - 1 INTERNAÇÃO                                   | 1 | 2 - 3 INTERNAÇÕES                                                           | 2                | > 3 INTERNAÇÕES                                 |   |                                           |  |
| ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES                                                                                                   | 0 | AUSENTE                                            | 1 | ATÉ 5 VEZES AO DIA                                                          | 2                | MAIS DE 5 VEZES AO DIA                          |   |                                           |  |
| LESÕES                                                                                                                              | 0 | N E N H U M A O U LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES | 1 | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO | 2                | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS        |   |                                           |  |
| MEDICAÇÕES                                                                                                                          | 0 | VIA ENTERAL                                        | 1 | INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***                                             | 2                | INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE |   |                                           |  |
| EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS                                                                                                            | 0 | AUSENTE                                            | 1 | INTERMITENTE                                                                |                  |                                                 |   |                                           |  |
| USO DE OXIGENIOTERAPIA                                                                                                              | 0 | AUSENTE                                            | 1 | INTERMITENTE                                                                | 2                | CONTÍNUO                                        |   |                                           |  |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA                                                                                                                | 0 | ALERTA                                             | 1 | CONFUSO/DESORIENTADO                                                        | 2                | COMATOSO                                        |   |                                           |  |
|                                                                                                                                     |   |                                                    |   |                                                                             | PONTUAÇÃO FINAL: |                                                 |   |                                           |  |

| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE |                                                                                                                          |                   |                                             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------|
| Até 5 Pontos              | Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas<br>( ) Curativos ( ) Medicações Parenterais ( ) Outros  | De 12 a 17 Pontos | Considerar <b>Internação Domiciliar 12h</b> |
| De 6 a 11 Pontos          | Considerar <b>Atendimento Domiciliar Multiprofissional</b><br>(inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos). | 18 ou mais Pontos | Considerar <b>Internação Domiciliar 24h</b> |

\* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica      \*\* Consulte ESCORE KATZ anexo.  
\*\*\* Excluiu medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulante

| ESCORE DE KATZ       |              |                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                              |                  |
|----------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                      | I<br>1 Ponto |                                                                                                                                                                           |                     | 0<br>Pon<br>to                                                                                                                               |                  |
| ATIVIDADES           |              | SEM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL.                                                                                                                        |                     | COM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL OU CUIDADO INTEGRAL.                                                                       |                  |
| BANHAR-SE            |              | BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECSSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO A S C O S T A S , G E N I T A I S O U U M A E X T R E M I D A D E INCAPACITADA. |                     | NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO. |                  |
| VESTIR-SE            |              | PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.                                                        |                     | NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.                                                                    |                  |
| IR AO BANHEIRO       |              | DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.                                                                 |                     | NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.                                                                  |                  |
| TRANSFERÊNCIA        |              | DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.                                                                 |                     | NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.                                                                  |                  |
| CONTINÊNCIA          |              | TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).                                                                                                          |                     | É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.                                                                                 |                  |
| ALIMENTAÇÃO          |              | LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.                                                                            |                     | NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.                                                      |                  |
| PONTUAÇÃO KATZ:      |              |                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                              |                  |
| 5 OU 6               | INDEPENDENTE | 3 OU 4                                                                                                                                                                    | DEPENDÊNCIA PARCIAL | < 2                                                                                                                                          | DEPENDENTE TOTAL |
|                      |              |                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                              |                  |
| Assinatura e Carimbo |              |                                                                                                                                                                           |                     | Data ____ / ____ / ____                                                                                                                      |                  |

## ANEXO XVII

**Procedimentos sujeitos a parecer de Comissão de Ética Médica e de serviço de auditoria médica de OMS e Procedimentos médico-hospitalares e odontológicos não cobertos (ZM2) nem financiados (ZM1)**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

1.1. Os procedimentos sujeitos a parecer de Comissão Ética Médica e de serviço de auditoria médica de OMS são os a seguir enumerados:

1.1.1. Por parte do SAMMED/FuSEx, nos termos da Portaria nº DGP-48/2008 (IR 30-38):

1.1.1.1. Cirurgia de lipoaspiração;

1.1.1.2. Cirurgia corretiva nasal;

1.1.1.3. Cirurgia corretiva de mama;

1.1.1.4. Cirurgias plásticas corretivas em geral;

1.1.1.5. Cirurgia eletiva para colocação de próteses corretivas não odontológicas;

1.1.1.6. Cirurgia corretiva de desvios da visão;

1.1.1.7. Cirurgia de transplantes de órgãos;

1.1.1.8. Colocação eletiva de próteses não odontológicas;

1.1.1.9. Gastroplastia;

1.1.1.10. Cirurgia de recanalização de laqueadura tubária;

1.1.1.11. Terapia fotodinâmica para pacientes com degeneração muscular (utilizando-se "Visudyne");

1.1.1.12. Tratamento de apneia do sono com aparelho CPAP ("Continuous Positive Airway Pressure");

1.1.1.13. Outros procedimentos e tratamentos, a critério do Chefe DGP, ouvidas a DAP e a DSau;

1.1.1.14. Tratamento e manutenção ortodônticos, acima de 16 (dezesesseis) anos, nos casos de discrepância ósseo-dentária no arco inferior ou superior, igual ou superior a oito milímetros (falta do espaço ou apinhamento dental); sobre mordida (*over-bite*) exagerada, nos casos em que houver interferência dos dentes

anteriores na mucosa do maxilar superior; transpasse horizontal (*over jet*) no arco superior em relação ao arco inferior, igual ou superior a dez milímetros; e mordida cruzada anterior; e,

1.1.1.15. Implantodontia.

1.1.1.16. Quanto aos subitens 1.7.1.14 e 1.7.1.15 o parecer será proferido por comissão nomeada pela OMS e formada por, no mínimo, três odontólogos, cuja manifestação dependerá de homologação do Dir OMS.

1.1.2. Por parte do PASS, conforme a Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57):

1.1.2.1. Cirurgia de lipoaspiração;

1.1.2.2. Cirurgia corretiva nasal;

1.1.2.3. Cirurgia corretiva de mama;

1.1.2.4. Cirurgias plásticas corretivas em geral;

1.1.2.5. Cirurgia eletiva para colocação de próteses corretivas não odontológicas;

1.1.2.6. Cirurgia corretiva de desvios da visão;

1.1.2.7. Cirurgia de transplante de córnea e rins (considerando o acompanhamento clínico ambulatorial no período de internação do receptor e do doador e o pós-transplante);

1.1.2.8. Colocação eletiva de próteses não odontológicas;

1.1.2.9. Gastroplastia;

1.1.2.10. Cirurgia de recanalização de laqueadura tubária;

1.1.2.11. Terapia fotodinâmica para pacientes com degeneração muscular (utilizando-se "Visudyne");

1.1.2.12. Procedimentos constantes na RN nº 167/2008, da ANS, e não constantes da Tabela da Associação Médica Brasileira/92 ou do Anexo "C" da Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57); e,

1.1.2.13. Outros procedimentos e tratamentos, a critério do Chefe DGP, ouvidas a DAP e a DSau.

1.2. Os procedimentos médico-hospitalares e odontológicos não cobertos (ZM2) nem financiados (ZM1), sendo vedada a implantação das despesas, são os a seguir enumerados:

1.2.1. Por parte do SAMMED/FuSEx, nos termos da Portaria nº DGP-48/2008 (IR 30-38):

1.2.1.1. Procedimento de natureza estética, inclusive cirurgia plástica estética de embelezamento;

1.2.1.2. Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;

1.2.1.3. Aquisição de óculos e artigos correlatos;

1.2.1.4. Hospitalização que objetive, especificamente, os seguintes tratamentos:

1.2.1.4.1. Gerontológico, enquanto o Exército não dispuser de um centro

gerontológico em pleno funcionamento; e,

1.2.1.4.2. De portadores de necessidades educativas especiais, exceto quando acometidos por patologias comuns à população em geral.

1.2.1.5. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência não seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia;

1.2.1.6. Tratamento e manutenção ortodônticos, acima de 16 (dezesesseis) anos, exceto nos casos com parecer favorável da comissão referida no subitem 7.7.1.16, nas hipóteses do subitem 7.7.1.14;

1.2.1.7. Implantodontia, exceto nos casos com parecer favorável da comissão referida no subitem 7.7.1.16;

1.2.1.8. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;

1.2.1.9. Procedimento e componente odontológico realizado em laboratórios ortodônticos ou de próteses odontológicas (exemplo: prótese e aparelho ortodôntico), exceto em OMS;

1.2.1.10. Implante hormonal;

1.2.1.11. Teste de DNA;

1.2.1.12. Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;

1.2.1.13. No que diz respeito à assistência domiciliar:

1.2.1.13.1. Despesas decorrentes da utilização por parte do paciente de medicamentos de tratamento prolongado ou para doenças crônicas, nos termos da Portaria nº DGP-281/2007 (IR 30-56), cuja natureza não tenha relação específica com o atendimento de caráter médico-domiciliar;

1.2.1.13.2. Tratamentos de natureza geriátrica ou gerontológica; e,

1.2.1.13.3. Beneficiários que estejam recebendo auxílio-invalidez.

1.2.1.14. Outros, a critério do Chefe DGP, ouvidas a DAP e a DSau.

1.2.2. Por parte do PASS, conforme a Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57):

1.2.2.1. Atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos **não** previstos no rol de Procedimentos Básicos da Resolução CONSU nº 12, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 4 de novembro de 1998, e na Resolução Normativa nº 167, da ANS, de 9 de janeiro de 2008;

1.2.2.2. Atendimentos básicos fisioterápicos e farmacêuticos, bem como psicológicos, **não** previstos na Resolução CONSU nº 11, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 4 de novembro de 1998;

1.2.2.3. Atendimentos odontológicos **não** constantes da Resolução Normativa nº 154, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de 5 de junho de 2007 - Atualiza o Rol de Procedimentos Odontológicos e dá outras providências;

1.2.2.4. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência **não** seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia ou tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

- 1.2.2.5. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 1.2.2.6. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento de carências;
- 1.2.2.7. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive cirurgia plástica estética, órteses e próteses para o mesmo fim;
- 1.2.2.8. Inseminação artificial;
- 1.2.2.9. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 1.2.2.10. Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 1.2.2.11. Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;
- 1.2.2.12. Aquisição de artigos por importação;
- 1.2.2.13. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 1.2.2.14. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- 1.2.2.15. Órtese ou prótese não odontológica acima do valor máximo estabelecido por parte do DGP;
- 1.2.2.16. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 1.2.2.17. Em caso de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 1.2.2.18. Aplicação de vacinas preventivas;
- 1.2.2.19. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 1.2.2.20. Aquisição de óculos e artigos correlatos;
- 1.2.2.21. Aparelhos ortopédicos;
- 1.2.2.22. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 1.2.2.23. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 1.2.2.24. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;
- 1.2.2.25. Enfermagem em caráter particular;
- 1.2.2.26. Estadia de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 1.2.2.27. Avaliações pedagógicas;
- 1.2.2.28. Orientações vocacionais;

- 1.2.2.29. Psicoterapia com objetivos profissionais;
- 1.2.2.30. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém nascido patológico;
- 1.2.2.31. Colocação de idosos em asilos;
- 1.2.2.32. Tratamento e manutenção ortodônticos;
- 1.2.2.33. Tratamentos de implantodontia;
- 1.2.2.34. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;
- 1.2.2.35. Próteses odontológicas de qualquer tipo;
- 1.2.2.36. Procedimento e componente odontológico realizado em laboratórios ortodônticos ou de próteses odontológicas (exemplo: prótese e aparelho ortodôntico);
- 1.2.2.37. Transplantes ósseos e implantes odontológicos;
- 1.2.2.38. Restaurações utilizando porcelana;
- 1.2.2.39. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- 1.2.2.40. Hospitalização que objetive, especificamente, os seguintes tratamentos:
  - 1.2.2.40.1. Gerontológico, enquanto o Exército não dispuser de um centro gerontológico em pleno funcionamento;
  - 1.2.2.40.2. De portadores de necessidades educativas especiais, exceto quando acometidos por patologias comuns à população em geral;
- 1.2.2.41. Implante hormonal;
- 1.2.2.42. Teste de DNA;
- 1.2.2.43. Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;
- 1.2.2.44. Transplantes de órgãos, exceto o constante no inciso XIV, do § 2º, do art. 15 da Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57);
- 1.2.2.45. No que diz respeito à assistência domiciliar:
  - 1.2.2.45.1. Despesas decorrentes da utilização por parte do paciente de medicamentos de tratamento prolongado ou para doenças crônicas, nos termos da Portaria nº DGP-281/2007 (IR 30-56), cuja natureza não tenha relação específica com o atendimento de caráter médico-domiciliar;
  - 1.2.2.45.2. Tratamentos de natureza geriátrica ou gerontológica; e,
  - 1.2.2.45.3. Beneficiários que estejam recebendo Auxílio-Invalidez.
- 1.2.2.46. Outros, a critério do Chefe DGP, ouvidas a DAP e a DSau.