

**TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA HOSPITAIS E MATERNIDADES**



**MARINHA DO BRASIL  
CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

CREDENCIANTE: UNIÃO / CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS

CREDENCIADO: OCULAR CLINICA DE OLHOS LTDA

OBJETO: Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: 01/01/2031

VALOR ESTIMADO: R\$ 11.458.096,43 (onze milhões e quatrocentos e cinquenta e oito mil e noventa e seis reais e quarenta e três centavos)

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: 63034.001042/2025-57

CONTRATO Nº: 83310/2026-012/00

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS, órgão do Ministério da Defesa – Marinha do Brasil, com sede na Rua do Uruguai, 44 - Jaraguá, Maceió - AL, CEP: 57.022-120, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.502/0034-02, representado neste ato pelo seu Ordenador de Despesa, o Capitão de Fragata RODRIGO RIBEIRO GONÇALVES GARCIA, portadora da cédula de identidade nº [REDAZIDO]-1, expedida pelo Serviço de Identificação da Marinha do Brasil, inscrita no CPF sob o nº [REDAZIDO], residente e domiciliada nesta cidade, doravante denominada CREDENCIANTE, e de outro lado a Organização Civil de Saúde OCULAR CLINICA DE OLHOS LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 07.417.929/00001-60, estabelecida à Avenida Comendador Gustavo Paiva, 2990, Mangabeiras, Centro Médico do Maceió Shopping, neste ato representada pela Sra. Kalliany Alves de Moura, inscrito no CPF sob o nº [REDAZIDO], residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIADO, tem entre si justo e credenciado, doravante

denominado CREDENCIADO, tem entre si justo e credenciado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Credenciamento, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

#### **1. CLÁUSULA PRIMEIRA – Do Objeto.**

1.1. A finalidade deste Credenciamento é garantir, aos beneficiários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) contribuintes do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) e excepcionalmente, os beneficiários dos Fundos de Saúde do Exército e da Aeronáutica, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Hospitais Geral, assistência médico-hospitalar, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias.

1.2. Integram o presente Termo de Credenciamento, independentemente de transcrição, o Edital de Credenciamento nº 03/2025, e demais anexos.

1.3. O Certificado de Registro Cadastral, parte integrante deste Termo de Credenciamento, especifica os procedimentos cobertos por este contrato, devidamente reconhecidas pelo respectivo órgão federal da profissão e regulamentada por lei.

#### **2. CLÁUSULA SEGUNDA – Da Vinculação ao Edital.**

2.1. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento nº 03/2025 da Capitania dos Portos de Alagoas, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

#### **3. CLÁUSULA TERCEIRA – Do Fundamento Legal.**

3.1. A presente contratação fundamenta-se no art. 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133/2021.

#### **4. CLÁUSULA QUARTA – Do Regime de Execução.**

4.1. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme a Seção 7 “DO REGIME DE EXECUÇÃO”, constante do Edital de Credenciamento.

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

4.3. A remoção do paciente será de responsabilidade do CREDENCIADO, com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, contratados por meio de credenciamento.

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

4.5. O CREDENCIADO obriga-se a apresentar, ao CREDENCIANTE, a relação dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados, por parte do CREDENCIADO, para atender aos beneficiários deste

credenciamento nas respectivas profissões e especialidades.

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

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

4.6. O CREDENCIADO, apresentado o seu Corpo Clínico, prestará assistência médico-hospitalar conforme a seguinte discriminação: cuidados rotineiros de enfermagem, material a ser consumido em serviços cirúrgicos e em curativos, recursos complementares de diagnóstico e de terapia, salas de cirurgia e instalações equipadas com material e instrumental necessários à execução de atos médicos, medicação, alojamento, serviço de lavanderia, demais serventias e alimentação, inclusive dietas especiais e outros produtos nutricionais quando prescritos por parte do médico assistente.

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

4.7.1. O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;

4.7.2. O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO;

4.7.3. O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.

4.8. Equipara-se ao subitem 4.7.3 o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.

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

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

4.11. A solicitação de exame ou de procedimento coberto pelo SSM/FUSMA, decorrente de atendimento realizado em OCS ou por PSA, será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria da Capitania dos Portos de Alagoas, que decidirá pela sua autorização ou negação.

4.12. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partem da iniciativa do

próprio usuário.

4.13. Os beneficiários do SSM/FUSMA têm direito à cobertura ou ao financiamento de órteses e próteses não odontológicas, nos termos do Capítulo 18, da DGPM-401, após a indispensável indicação de médico especialista, devidamente justificada por meio de relatório e exames especializados, e aprovada por médico militar.

4.13.1. A cobertura acima indicada inclui órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico eletivo, submetido ao parecer da Comissão de Ética;

4.13.2. Ao beneficiário do SSM/FUSMA será permitida a utilização de órteses e próteses não odontológicas por importação, quando não houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento, e estará condicionada à autorização prévia da Capitania dos Portos de Alagoas, ouvida a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), conforme subitem 3.3. do Capítulo 3 da DGPM-401.

4.14. Os tratamentos não cobertos pelo SSM/FUSMA, de acordo com a Política Assistencial da Marinha constantes da publicação DGPM-401 e no Anexo A do Edital, não se incluem na presente contratação.

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

4.15. No caso de óbito ocorrido com paciente internado, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a família do paciente e a Capitania dos Portos de Alagoas através do e-mail [cpal.secom@marinha.mil.br](mailto:cpal.secom@marinha.mil.br), a quem caberá tomar as providências subsequentes.

4.15.1. Nos casos de internação, o CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia da CONTRATANTE, conforme o modelo do anexo II deste termo.

4.16. Nos casos de urgência em que o beneficiário for atendido com internação ou não, deverá o CREDENCIADO adotar as seguintes providências:

4.16.1. O paciente ou seu responsável legal ou autorizado deverá comunicar o fato a Capitania dos Portos de Alagoas, nas primeiras 24 horas,

4.16.2. A Capitania dos Portos de Alagoas emitirá a Guia de Apresentação do Usuário (GAU), à OCS credenciada, a qual englobará todos os procedimentos de emergência; e,

4.16.3. Nos casos de internação, o médico da Capitania dos Portos de Alagoas acompanhará o caso, preferencialmente “in loco”, avaliando a real necessidade da mesma.

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

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

4.19. O CREDENCIADO deverá remeter, diariamente, via e-mail [cpal.secom@marinha.mil.br](mailto:cpal.secom@marinha.mil.br), ao Serviço de Auditoria em Saúde, a lista de pacientes internados.

4.20. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Portaria do Capitão dos Portos de Alagoas. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

4.21. O Serviço de Auditoria em Saúde da Capitania dos Portos de Alagoas, possuirá o poder de vistoriar de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este CREDENCIAMENTO.

## **5. CLÁUSULA QUINTA – Dos Preços e das Condições de Pagamento.**

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

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

5.2.1. O CREDENCIADO acolherá por contraprestação os serviços incluídos no Anexo A do Edital – que conjuguem avaliação, prescrição e acompanhamento com acomodações (hotelaria), taxas hospitalares, instrumental cirúrgico, da gasometria, equipamentos e outros serviços especiais para efetivação do tratamento proposto.

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

5.2.3. O CREDENCIANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando o usuário tenha sido encaminhando por parte da Capitania dos Portos de Alagoas, acompanhado da Guia de Apresentação do Usuário (GAU), com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço.

5.2.3.1. No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, mediante assinatura de um “termo de Compromisso” pelo beneficiário ou dependente, se comprometendo a levar a GAU ao Hospital, no período de até 48h, conforme modelo do anexo IV deste termo.

5.2.4. A Guia de Apresentação do Usuário (GAU) terá validade de 90 dias.

5.2.5. No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, se comprometendo a levar a Guia de Autorização da Capitania dos Portos de Alagoas, no período de 24 (vinte e quatro) horas. A dívida não será reconhecida caso não seja cumprido as exigências acima.

5.3. O CREDENCIANTE somente indenizará as contas apresentadas, quando acompanhada da Guia de Apresentação do Usuário (GAU), com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço. A Guia de Apresentação do Usuário (GAU) terá validade de 90 (noventa) dias, a contar da data de expedição, sem prorrogação.

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

5.5. Os usuários especiais estarão isentos de qualquer indenização, exclusivamente para si, exceto o filho ex-dependente portador de doença crônica. Os titulares e seus dependentes diretos estarão sujeitos ao pagamento de vinte por cento (20%) das indenizações devida pela Assistência Médico Hospitalar que lhes for prestada; e os dependentes indiretos e o filho, ex-dependente portador de doença crônica, indenizarão integralmente (100%) das indenizações devidas pela Assistência Médico Hospitalar que lhes for prestada, de acordo com os subitens 8.5.1 a 8.5.3, do Capítulo 8, da DGPM – 401 (Normas para a Assistência Médico-Hospitalar).

5.6. O atendimento neonatal a filho de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de filho natural do SC falecido) contribuinte do SSM/FUSMA será coberto pelo SSM/FUSMA enquanto durar a internação vinculada ao evento do nascimento, de acordo com as mesmas informações citadas acima.

5.6.1. 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.

5.7. As diárias de acompanhantes, para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos de idade, serão cobertas por parte do SSM/FUSMA, descontados do beneficiário titular em 20% (vinte por cento) caso o dependente seja direto, considerados como aqueles amparados pelo § 2º, art. 50 da Lei nº 6.880, de 09DEZ1980 (Estatuto dos Militares), e em 100% considerando os dependentes indiretos aqueles constantes no § 3º, art. 50 da Lei nº 6.880, de 09DEZ1980.

5.7.1. Os acompanhantes para pacientes fora dessa faixa etária não terão as diárias cobertas pelo SSM/FUSMA.

5.7.2. Os casos excepcionais, fora da faixa etária permitida, só serão cobertos por parte do SSM/FUSMA quando autorizados pela Capitania dos Portos de Alagoas, após comprovação do médico perito do Serviço de Auditoria em Saúde da Capitania

dos Portos de Alagoas que avaliará a necessidade de acompanhante para o paciente.

5.8. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE, entre o dia 01 (um) ao décimo dia útil do mês subsequente ao atendimento, na Secretaria de Comunicação da Capitania dos Portos de Alagoas, a fatura em 2 (duas) vias de igual teor, em nome da Capitania dos Portos de Alagoas Serviço de Auditoria em Saúde, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Apresentação do Usuário (GAU) SSM/FUSMA com as assinaturas dos beneficiários ou seus responsáveis, a relação de materiais e medicamentos gastos relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, nome do usuário, número do documento de identidade, número da matrícula do Servidor Civil ou de seu dependente, se for o caso, número de matrícula no cadastro de beneficiários do SSM/FUSMA, se militar contribuinte do pacote adotado, valor de R\$ (reais), relatório de conferência (espelho) e uma ficha de controle de procedimentos.

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

5.8.2. O CREDENCIADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do SSM/FUSMA, de Servidores Civis, e dos pacientes que evoluíram ao óbito;

5.8.3. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 30 (trinta) dias do respectivo protocolo.

5.8.4. O CREDENCIANTE glosará, total ou parcialmente, mediante motivação, a remuneração pelos serviços prestados especificados nas faturas que não estiverem de acordo com este contrato ou o edital. Para as faturas que tiverem seus valores parcial ou totalmente glosados, conforme o Índice de Glosa, Anexo VI deste contrato, será aberto um Processo de Glosa, registrando as razões das glosas efetuadas, discriminando o item e valor das mesmas, emitindo o Relatório de Auditoria de Contas, modelo em anexo.

5.8.5. O CREDENCIADO será notificado por meio de correio eletrônico, ou outros meios se disponíveis, da existência do Processo de Glosa.

5.8.6. O CREDENCIADO poderá interpor representação, nos termos do art. 165, II, da Lei nº 14.133/2021, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CREDENCIANTE, conforme o Índice de Glosa, anexo a este contrato, dentro do prazo de 5 (cinco) dias úteis, devendo utilizar o modelo de Relatório de Recurso de Glosa, modelo em anexo;

5.8.6.1. Caso o Serviço de Auditoria em Saúde, da Capitania dos Portos de Alagoas reconsidere sua decisão, o procedimento de pagamento

Continuação do Anexo D, do Edital de Credenciamento nº 03/2025, da CPAL.

prosseguirá seu curso;

5.8.6.2. Caso o Serviço de Auditoria em Saúde, da Capitania dos Portos de Alagoas não reconsidere sua decisão, a representação deverá ser encaminhada, como recurso, ao Capitão dos Portos de Alagoas, observado o procedimento posto nos arts. 56 a 65 da Lei nº 9.784/1999.

5.9. A entrega das faturas ao CREDENCIANTE deverá respeitar as datas e horários regulados e informados pela Capitania dos Portos de Alagoas. As alterações de datas e horários serão feitas a critério do CREDENCIANTE, e serão informadas previamente, sendo que a falta deste não implicará em obrigação do CREDENCIANTE em receber a fatura.

5.10. Eventualmente, as faturas deverão ser apresentadas adicionalmente e a qualquer tempo, mediante solicitação do CREDENCIANTE.

5.10.1. O Serviço de Auditoria em Saúde da Capitania dos Portos de Alagoas não fará correção nas faturas apresentadas pelo CREDENCIADO com valores inferiores ao praticado no Edital vigente.

5.1. O CREDENCIADO deverá manter os seus contatos atualizados (telefones, e-mail/FAX) junto ao Serviço de Credenciamento da Capitania dos Portos de Alagoas, de modo a agilizar os contatos que se fizerem necessários.

5.2. No caso de glosas justificadas, em que os procedimentos tenham sido realizados em desconformidade com este Credenciamento ou demais normas éticas, o CREDENCIADO não poderá recorrer ao USUÁRIO para ressarcimento.

## **6. CLÁUSULA SEXTA - Da Atualização dos Preços.**

6.1. O critério de atualização dos preços contratados consta da Seção 9 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do Edital de Credenciamento.

## **7. CLÁUSULA SÉTIMA - Da Vigência.**

7.1. O prazo de vigência deste Termo de Credenciamento é fixado no Edital, com início na data de **01/01/2026** e encerramento em **01/01/2031**, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 120 (cento e vinte) meses, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

7.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente.

7.1.2. Seja juntada justificativa e motivo, por escrito, de que a CREDENCIANTE mantém interesse na realização do serviço;

7.1.3. Haja manifestação expressa do CREDENCIADO informando o interesse na prorrogação;

7.1.4. Seja comprovado que o CREDENCIADO mantém as condições iniciais de habilitação.

7.2. O CREDENCIADO não tem direito subjetivo à prorrogação contratual.

7.3. A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de Termo Aditivo.

#### **8. CLÁUSULA OITAVA – Da Dotação Orçamentária.**

8.1. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato constam do programa de trabalho para os beneficiários do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA):

Gestão/Unidade: 00001/83310

Elemento de Despesa: 339036 (pessoa física) ou 339039 (pessoa jurídica)

PI: B422010

#### **9. CLÁUSULA NONA – Da Responsabilidade Civil.**

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

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

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

#### **10. CLÁUSULA DÉCIMA – Das Sanções.**

10.1. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 12 – “DAS SANÇÕES” – do Edital de Credenciamento.

#### **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da Rescisão.**

11.1. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13 – “DA RESCISÃO” – do Edital de Credenciamento.

#### **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das Obrigações do Credenciante.**

12.1. As obrigações constam da Seção 10 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do Edital de Credenciamento.

#### **13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das Obrigações do Credenciado.**

13.1. As obrigações constam da Seção 11 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO” – do edital de credenciamento.

#### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Das Acomodações para Internação**

14.1. Os padrões de acomodações hospitalares para os beneficiários do SSM/FUSMA e seus dependentes, serão de acordo com a disponibilidade, os seguintes:

a) Para oficiais gerais, oficiais superiores e seus dependentes:

- Quartos privativos.

b) Para oficiais intermediários, oficiais subalternos, suboficiais, sargentos, cabos, marinheiros, soldados e seus dependentes:

- Enfermarias de até três leitos.

c) O padrão das acomodações para hospitalização a que os beneficiários do SSM/FUSMA fazem jus é definido no subitem 2.2. do Capítulo 2 da DSM-6011.

14.2. No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com os padrões a que tem direito o beneficiário do SSM/FUSMA, a OCS obrigá-lo-á a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, sem ônus para o beneficiário ou para o SSM/FUSMA.

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

#### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da Negação de Remuneração a Militares.**

15.1 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 Credenciamento.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– Da Subcontratação.**

16.1. É permitida a entidade credenciada subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato Credenciamento, em relação às empresas ora relacionadas:

16.1.1. Objeto – exames laboratoriais;

16.1.2. Objeto – serviços de imagem;

16.1.3. Objeto – procedimentos em oncologia;

16.1.4. Objeto – procedimentos com necessidades específicas.

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

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

16.4. É vedado ao CREDENCIADO delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato Credenciamento.

**17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Do Valor do Contrato.**

17.1. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pela Capitania dos Portos de Alagoas, nos contratos anteriores;

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

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

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

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Casos Fortuitos Ou De Força Maior.**

18.1. Serão considerados casos fortuitos ou de força maior, para efeito de não aplicação de qualquer penalidade, os inadimplementos decorrentes das situações a seguir, quando vierem a afetar a realização dos serviços no local onde estiver sendo executado o objeto do acordo:

- a) greve geral;
- b) calamidade pública;
- c) interrupção dos meios normais de transporte;
- d) condições meteorológicas excepcionalmente prejudiciais; e
- e) outros casos que se enquadrem no parágrafo único do Art. 393 do Código Civil Brasileiro.

18.2. Os casos acima enumerados devem ser satisfatoriamente justificados pelo CREDENCIADO perante o CREDENCIANTE.

18.3. Sempre que ocorrerem situações que impliquem caso fortuito ou de força maior, o fato deverá ser comunicado à Marinha, até 24 horas após a ocorrência. Caso não seja cumprido este prazo, o início da ocorrência será considerado 24 horas antes da data de solicitação de enquadramento da ocorrência como caso fortuito ou de força maior.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – Vedação ao Nepotismo.**

19.1. Fica vedada a participação de interesse que violem as normas antinepotismo que constam no Decreto nº 7.203/2010, especificamente em seu artigo 7º.

**20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – Do Foro.**

20.1. O Foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o da Justiça Federal em Maceió/AL, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E, por estarem justos e credenciados, preparam o presente Termo de Credenciamento, em 2 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias credenciantes 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.

Maceió, AL, na data da assinatura.

---

RODRIGO RIBEIRO GONÇALVES GARCIA  
Capitão de Fragata  
Ordenador de Despesas

---

KALLIANY ALVES DE MOURA  
Representante Legal

TESTEMUNHAS:

---

DHAYANNA ROLEMBERG GAMA CABRAL  
Primeiro-Tenente (RM2-CD)  
(Testemunha do Credenciante)

---

(Testemunha do Credenciado)

**Anexo I ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

**MARINHA DO BRASIL**

**CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

**CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL (CRC)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Vigência:<br>____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>Pessoa Jurídica:</b><br>Nome fantasia: _____ CNPJ: _____<br><u>Representante Técnico do CREDENCIADO</u> Nome: _____<br>CPF: _____ Identidade: _____ Emissor: _____<br>CR( _____ ) Inscrição: _____<br>Endereço: _____<br>Telefones: _____<br>Email: _____<br>Assinatura: _____<br>_____<br>Nome |  |
| <b>Pessoa Física:</b><br>CPF: _____ Identidade: _____ Emissor: _____<br>CR( _____ ) Inscrição: _____<br>Endereço: _____<br>Telefones: _____<br>Email: _____<br>Assinatura: _____<br>_____<br>Nome                                                                                                  |  |
| A pessoa (jurídica/física) _acima está inscrita no cadastro desta Capitania para prestação de assistência médica nos procedimentos abaixo discriminados, de acordo com a documentação recebida por ocasião do seu Credenciamento.                                                                  |  |
| Especialidade (listar): _____                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| SADT (listar): _____                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (listar): _____                                                                                                                                                                                                                                                                |  |

Maceió, AL, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**DHAYANNA ROLEMBERG GAMA CABRAL**  
Primeiro-Tenente(RM2-CD)  
Serviço de Credenciamento

**Anexo II ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

**MARINHA DO BRASIL**

**CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

**PEDIDO DE INTERNAÇÃO**

Solicito ao Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) autorização para internação do(a) paciente:

\_\_\_\_\_

NIP ou matrícula do SIAPE \_\_\_\_\_, no(a) ☐ Hospital ou ☐ Clínica:

\_\_\_\_\_

Com Diagnóstico de:

\_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Cujos principais sinais e sintomas são:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificativa para internação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caráter da Internação: ☐ Eletiva ☐ Urgência/Emergência

Tipo de tratamento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

| Descrição dos Procedimentos (tratamento) | Quantidade | Código AMB |
|------------------------------------------|------------|------------|
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |
|                                          |            |            |

Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Previsão do tempo de hospitalização: \_\_\_\_\_

Materiais especiais?

☐ Não

☐ Sim, descrição:

\_\_\_\_\_

Maceió, AL, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo do médico)

**Anexo III ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

**MARINHA DO BRASIL**

**CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

**GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO (GAU)**

|                                                                                             |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|
| Nº                                                                                          | Data de emissão      | Nº Guia Origem                                                                                                                            |                  |    |
| <b>Dados do usuário</b>                                                                     |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| Nome                                                                                        |                      |                                                                                                                                           | NIP              |    |
| Nº Ident. Militar                                                                           | Data de validade AMH | Telefone fixo                                                                                                                             | Telefone celular |    |
| <b>Dados do responsável pelo paciente</b>                                                   |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| Nome                                                                                        |                      | NIP                                                                                                                                       | Telefone         |    |
| <b>Informações gerais</b>                                                                   |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| Cod. CID Principal                                                                          | Descrição do CID     |                                                                                                                                           |                  |    |
| <b>Dados Clínicos</b>                                                                       |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| <b>Dados do credenciado</b>                                                                 |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| CNPJ/CPF                                                                                    | Nome do credenciado  |                                                                                                                                           |                  |    |
| Logradouro                                                                                  |                      |                                                                                                                                           | Número           |    |
| Complemento                                                                                 |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| Bairro                                                                                      | Município            | UF                                                                                                                                        | CEP              |    |
| Nome do médico responsável pelo paciente                                                    |                      | Conselho Profissional                                                                                                                     | Nº no Conselho   | UF |
| <b>Motivo do Encaminhamento</b>                                                             |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| Tipo                                                                                        | Especialidade        | Exame/Procedimento                                                                                                                        |                  |    |
| Observação                                                                                  |                      |                                                                                                                                           |                  |    |
| OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador                                                   |                      | Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante<br><br>_____/_____/____                                                                 |                  |    |
| Data/Assinatura do Usuário ou Responsável<br><br>_____/_____/____ Grau de parentesco: _____ |                      | Autorizo a entrega de cópia do meu prontuário, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fim de Auditoria.<br><br>( ) Sim |                  |    |

Continuação do Anexo D, do Edital de Credenciamento nº 03/2025, da CPAL.

|                                                          |                                                                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Data/Assinatura do Usuário ou Responsável<br>Identidade: | ( ) Não<br><br>_____<br><br>Data/Assinatura do Usuário ou<br>Responsável |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

**Anexo IV ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

MARINHA DO BRASIL  
CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS

**TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GAU**

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ titular \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

FUSMA: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ dependente \_\_\_\_\_ (paciente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_ Especialidade \_\_\_\_\_

atendida: \_\_\_\_\_

Data de atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone de contato do responsável: \_\_\_\_\_

Declaro que fui atendido(a), em caráter de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, pela Organização de Saúde

Extramarinha: \_\_\_\_\_,

e me comprometo a providenciar em até 48 (quarenta e oito) horas ou 2 (dois) dias úteis, a contar da data do atendimento, a GAU (Autorização).

Estou ciente que o não cumprimento deste termo acarretará o pagamento integral das despesas realizadas, conforme disposto no item 7.4.1 do edital.

Continuação do Anexo D, do Edital de Credenciamento nº 03/2025, da CPAL.

---

Assinatura do beneficiário ou responsável

---

Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível)

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

**Anexo V ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

**MARINHA DO BRASIL  
CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

**TERMO DE AJUSTE PRÉVIO**

Nome do CREDENCIADO: .....

....

Endereço ..... N° .....

Cidade .....UF.....

Nome do beneficiário.....

Nome do responsável: .....

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

.....

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

1. Sobre preço das instalações hospitalares especiais, livremente escolhidas pelo beneficiário ou seu responsável, limitado à tabela de preços para a clientela particular, considerada a dedução do valor da diária paga pela Capitania dos Portos de Alagoas:

R\$: .....

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

R\$: .....

Local e data: .....

Assinatura do beneficiário/responsável: .....

Assinatura do médico assistente: .....CRM: ..... CPF:

.....

Observações:

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

b) A Capitania dos Portos de Alagoas não se responsabilizará pelos valores que excederem aos previstos nos contratos ou convênios estabelecidos, de quaisquer naturezas; e

c) Este ajuste não autoriza a cobrança de taxas não previstas em Termo de Credenciamento assinado entre a OCS e a Marinha do Brasil (Capitania dos Portos de Alagoas), de quaisquer naturezas; e

d) O presente documento deverá ser emitido em quatro vias, com a seguinte destinação:

1ª via - beneficiário ou responsável;

2ª via - CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS;

3ª via - HOSPITAL Credenciado; e

4ª via – Médico assistente.

Maceió, AL, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome e assinatura do beneficiário

---

Nome e assinatura do Responsável pelo  
Hospital

**Anexo VI ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

**MARINHA DO BRASIL  
CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

**TABELA DE REFERÊNCIA DOS CÓDIGOS DE GLOSA (Mod. 1)**

|    |                                            |    |                                                  |
|----|--------------------------------------------|----|--------------------------------------------------|
| 1  | ATENDIMENTO NÃO CARACTERIZADO URGÊNCIA     | 45 | MEDICAÇÃO EM DESACORDO COM A PRESCRIÇÃO          |
| 2  | ACOMODAÇÃO ACIMA DA AUTORIZADA             | 46 | MEDICAÇÃO EM EXCESSO                             |
| 3  | ATENDIMENTO POR MÉDICO MILITAR             | 47 | MEDICAÇÃO NÃO JUSTIFICADA PARA O CASO            |
| 4  | COBRANÇA 30% EM DIA E HORA NORMAL          | 48 | MEDICAÇÃO NÃO PRESCRITA                          |
| 5  | COBRANÇA 30% NÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA       | 49 | MEDICAÇÃO NÃO UTILIZADA                          |
| 6  | CONSULTA INCLUSA NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO | 50 | MEDICAMENTO ACIMA DO PREÇO DE MERCADO            |
| 7  | CURATIVO INCLUSO NO PROCED CIRÚRGICO       | 51 | MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO SEM AUTORIZAÇÃO PREVIA |
| 8  | DATA DE ATENDIMENTO FORA DE SEQUENCIA      | 52 | MEDICAMENTO SUSPENSO                             |
| 9  | DATA DE ATENDIMENTO FORA COMPETÊNCIA       | 53 | COBRANÇA INDEVIDA DE MEDICAMENTO DE MARCA        |
| 10 | DIAGNÓSTICO ILEGÍVEL                       | 54 | PACIENTE NÃO É BENEFICIÁRIO FUSMA                |
| 11 | DIÁRIAS EM EXCESSO                         | 55 | PRESCRIÇÃO MÉDICA COM RASURA/ILEGÍVEL            |
| 12 | DIÁRIAS FORA DA TABELA ACORDADA            | 56 | PRESTADOR DESCRENCIADO                           |
| 13 | DOCUMENTO SEM ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO    | 57 | PROCEDIMENTO/EXAME EM EXCESSO                    |
| 14 | EPI DE RESPONSABILIDADE DO PRESTADOR       | 58 | PROCED/EXAME INCOMPATÍVEL COM DIAGNÓSTICO        |

Continuação do Anexo D, do Edital de Credenciamento nº 03/2025, da CPAL.

|        |                                                   |    |                                                         |
|--------|---------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------|
| 1<br>5 | ESPECIALIDADE NÃO AUTORIZADA                      | 59 | PROCEDIMENTO/EXAME EM DUPLICIDADE                       |
| 1<br>6 | EVENTO INCLUSO EM PACOTE ACORDADO                 | 60 | PROCEDIMENTO/EXAME NÃO AUTORIZADO/<br>NÃO RATIFICADO    |
| 1<br>7 | EVENTO NÃO COMPORTA COBRANÇA                      | 61 | PROCEDIMENTO/EXAME NÃO REALIZADO                        |
| 1<br>8 | EXAME NÃO PREVÊ COBRANÇA DE CON-<br>TRASTE        | 62 | PRONTUÁRIO/FICHA/BOLETIM ILEGÍVEL                       |
| 1<br>9 | EXAMES SEM LAUDO                                  | 63 | PRONTUÁRIO/FICHA/BOLETIM RASURADO                       |
| 2<br>0 | EXAMES/PROCEDIMENTOS NÃO REQUISITA-<br>DOS        | 64 | RETORNO DE CONSULTA                                     |
| 2<br>1 | FALTA DISCRIMINAÇÃO SERVIÇOS EXECUTA-<br>DOS      | 65 | SADT/EXAMES FORA DA TABELA ACORDADA                     |
| 2<br>2 | FALTA REGISTRO EVOLUÇÃO MÉDICA/ENFER-<br>MAGEM    | 66 | SEM AUTORIZAÇÃO P/PROCEDIMENTO OU<br>EXAME              |
| 2<br>3 | FILME-COBANÇA EM DESACORDO COM<br>CBR             | 67 | SEM DIAGNÓSTICO                                         |
| 2<br>4 | GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO<br>(GAU) ILEGÍVEL | 68 | SEM GUIA/OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO                       |
| 2<br>5 | GAU SEM ASSINATURA PACIENTE                       | 69 | SOLICITAÇÃO MÉDICA COM DATA RASURADA                    |
| 2<br>6 | GAU AUTORIZADA PARA OUTRO PRESTADOR               | 70 | SOLICITAÇÃO COM DATA POSTERIOR AO EXA-<br>ME            |
| 2<br>7 | GAU FORA DA VALIDADE                              | 71 | SOLICITAÇÃO MÉDICA COM DATA A POSTERI-<br>ORI DO EVENTO |
| 2<br>8 | GAU NÃO AUTORIZADA                                | 72 | SOLICITAÇÃO MÉDICA SEM DATA                             |
| 2<br>9 | GAU AUTORIZADA PARA OUTRO BENEFICIÁ-<br>RIO       | 73 | SOMA ERRADA - CÁLCULO                                   |
| 3      | GAU AUTORIZADA PARA OUTRO PROCEDI-                | 74 | TAXAS FORA DA TABELA ACORDADA                           |

Continuação do Anexo D, do Edital de Credenciamento nº 03/2025, da CPAL.

|        |                                               |    |                                             |
|--------|-----------------------------------------------|----|---------------------------------------------|
| 0      | MENTO                                         |    |                                             |
| 3<br>1 | GAU SEM CARIMBO DE AUTORIZAÇÃO                | 75 | TAXAS INDEVIDAS/EXCESSO                     |
| 3<br>2 | GAU CARBONADA OU FOTOCOPIADA                  | 76 | VISITA HOSPITALAR EM DUPLICIDADE            |
| 3<br>3 | HONORÁRIOS MÉDICOS FORA TABELA OU EXCESSO     | 77 | VISITAS INCLUSAS NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO  |
| 3<br>4 | MAT/MED ADQUIRIDO PELO USUÁRIO A SEU CRITÉRIO | 78 | VISITA ESPECIALISTA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉ-VIA |
| 3<br>5 | MATERIAL ACIMA DO PREÇO DE MERCADO            | 79 | INTERNAÇÃO NÃO AUTORIZADA/INFORMADA         |
| 3<br>6 | MATERIAL DE ALTO CUSTO/OPME SEM NOTA FISCAL   | 80 | OUTROS                                      |
| 3<br>7 | MATERIAL EM EXCESSO                           | 81 | DIETA EM DESACORDO COM A PRESCRIÇÃO         |
| 3<br>8 | MATERIAL INCLUSO EM PACOTE                    | 82 | DIETA EM EXCESSO                            |
| 3<br>9 | MATERIAL INCLUSO NO PROCEDIMENTO              | 83 | DIETA NÃO JUSTIFICADA PARA O CASO           |
| 4<br>0 | MATERIAL/OPME NÃO AUTORIZADO/RATIFICADO       | 84 | DIETA NÃO PRESCRITA                         |
| 4<br>1 | MATERIAL NÃO JUSTIFICADO PARA O CASO          | 85 | DIETA NÃO UTILIZADA                         |
| 4<br>2 | MATERIAL NÃO UTILIZADO                        | 86 | DIETA ACIMA DO PREÇO DE MERCADO             |
| 4<br>3 | MATERIAL REUTILIZÁVEL – PAGAMENTO PARCIAL     |    |                                             |
| 4<br>4 | MEDICAÇÃO NÃO CONSIDERADA DE URGÊNCIA         |    |                                             |

**Anexo VII ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

**MARINHA DO BRASIL  
CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

**RELATÓRIO DE AUDITORIA DE CONTAS**

|                                               |                          |                          |                                                   |                          |                                                        |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>OMH/OMH:</b>                               |                          |                          |                                                   |                          |                                                        |
| <b>OSE:</b>                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                                        |
| <b>Data de entrada da fatura na OMH/OMFM:</b> |                          |                          | <b>Data da auditoria realizada pela OMH/OMFM:</b> |                          |                                                        |
| <b>Conta/Fatura nº</b>                        |                          |                          |                                                   |                          |                                                        |
| <b>Documento de Envio:</b>                    |                          |                          | <b>Tipo de Internação:</b>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                               |
|                                               |                          |                          | Clínica                                           | <input type="checkbox"/> | Cirúrgica                                              |
| <b>NIP:</b>                                   | <b>Nome do usuário:</b>  |                          |                                                   |                          |                                                        |
| <b>Situação Funcional:</b>                    |                          |                          | <b>Data-hora mensagem/GAU de autorização:</b>     |                          |                                                        |
| <b>Período:</b>                               |                          |                          | <b>Parcial:</b>                                   |                          |                                                        |
| <b>Diagnóstico/CIDX:</b>                      |                          |                          | <b>Horário Especial:</b>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                               |
|                                               |                          |                          | Sim                                               | <input type="checkbox"/> | Não                                                    |
| <b>Critério para Envio:</b>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                               |
|                                               | Solicitado por MSG       |                          | Faturas acima de R\$ 100.000,00 (OMFM)            |                          | Faturas com custo diário acima de R\$ 10.000,00 (OMFM) |

| Centro de Consumo    | Valor da Glosa | Motivo da Glosa (Código) | Justificativa/Observações |
|----------------------|----------------|--------------------------|---------------------------|
| Acomodação e Diárias |                |                          |                           |
| Honorários Médicos   |                |                          |                           |
| Taxas Hospitalares   |                |                          |                           |
| Materiais            |                |                          |                           |

Continuação do Anexo D, do Edital de Credenciamento nº 03/2025, da CPAL.

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| OPME         |  |  |  |
| Medicamentos |  |  |  |
| Dieta        |  |  |  |
| SADT/SP      |  |  |  |
| Outros       |  |  |  |

| Valor inicial da Fatura | Total Glosa na OMH/OMFM | Valor (após glosa na OMH/OMFM) |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|
|                         |                         |                                |

NOME DO RESPONSÁVEL PELA AUDITORIA

Posto

NIP

**Anexo VIII ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

**MARINHA DO BRASIL  
CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

**RECURSO DE GLOSA PARA DSM**

|                                                      |                         |                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| <b>OMH/OMH:</b>                                      |                         |                 |
| <b>OSE:</b>                                          |                         |                 |
| <b>Conta/Fatura nº</b>                               |                         |                 |
| <b>Número de Ofício da DSM que originou a glosa:</b> |                         |                 |
| <b>NIP:</b>                                          | <b>Nome do usuário:</b> |                 |
| <b>Período:</b>                                      |                         | <b>Parcial:</b> |

| <b>Centro de Consumo</b> | <b>Valor do Recurso de Glosa solicitado pela OSE</b> | <b>Motivo/Justificativa OSE</b> |
|--------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Acomodação e Diárias     |                                                      |                                 |
| Honorários Médicos       |                                                      |                                 |
| Taxas Hospitalares       |                                                      |                                 |
| Materiais                |                                                      |                                 |
| OPME                     |                                                      |                                 |
| Medicamentos             |                                                      |                                 |

Continuação do Anexo D, do Edital de Credenciamento nº 03/2025, da CPAL.

|         |  |  |
|---------|--|--|
| Dieta   |  |  |
| SADT/SP |  |  |
| Outros  |  |  |

| Glosa inicial DSM | Valor recursado pela OSE |
|-------------------|--------------------------|
|                   |                          |

NOME DO RESPONSÁVEL PELA AUDITORIA

Posto

NIP

**Anexo IX ao Termo de Credenciamento para Hospitais e Maternidades**

(colocar o carimbo ou logomarca do Credenciado Pessoa Jurídica ou Física)

**MODELO PARA ENTREGA DE PRODUÇÃO PARA A CAPITANIA DOS PORTOS DE ALAGOAS**

Mês: \_\_\_\_\_  
Pessoa de contato: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

| DATA<br>ATENDIME<br>NTO  | NÚMERO DA<br>GUIA DE<br>AUTORIZAÇÃO | NOME DO PACIENTE | SERVIÇOS<br>PRESTADOS (*) | VALOR<br>UNITÁRI<br>O | VALOR<br>TOTAL |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|
| XX/XX/<br>XXXX           | 83701202XXXXX<br>XXX                |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
|                          |                                     |                  |                           |                       |                |
| VALOR TOTAL DA PRODUÇÃO: |                                     |                  |                           |                       |                |

Nome da Faturista: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

---

Assinatura/ Carimbo

**(\*) informar a especialidade médica quando for consulta e o nome do exame/procedimento realizado.**