



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº: 561/2025

DAS PARTES

CONTRATANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS, inscrito no C.N.P.J. sob nº. 52.373.396/0001-16, localizado na Rua do Rosário, 226 – Vila Camargos – Guarulhos – São Paulo/SP – CEP: 07111-080, neste ato representado

CONTRATADA: FÍSIO LIFE FISIOTERAPIA EIRELI, inscrita no C.N.P.J. 19.181.113/0001-69, localizado a AV. ÁGUA FRIA, 1378, TUCURUVI, SÃO PAULO/SP, CEP: 02332-001, neste ato representada por Sr(a). MARCELO REVUELTA HIROSE, nacionalidade BRASILEIRA, FISIOTERAPEUTA,

CLÁUSULA 01. A **CONTRATADA** obriga-se a prestar os serviços médicos pertinentes às respectivas áreas de atuação, destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde vinculados ao **CONTRATANTE**, bem como aos seus dependentes e/ ou assistidos regularmente inscritos, observando os padrões técnicos e éticos usualmente aceitos pela prática profissional, dos órgãos de classe envolvidos em caráter não exclusivo, autônomo e sem qualquer vínculo empregatício.

1.1 A Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) é a tabela adotada para codificação e nomenclatura dos procedimentos médicos. A valoração das consultas e sessões serão efetuadas conforme fixado na tabela constante no Anexo I e os procedimentos médicos e Serviços de Diagnóstico e Terapia (SADT) terão valoração de acordo com a Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira (AMB) de 1992, coeficiente de Honorários (CH) no valor de R\$ 0,41 (quarenta e um centavos de real), sendo que os procedimentos não constantes na AMB 92 serão pagos de acordo com os valores especificados em Reais nas respectivas tabelas existentes, AMB 96, AMB 99 e CBHPM 5ª Edição/2008 e edições subsequentes (todas as CBHPM com deflator de 20% e UCO no valor de R\$ 11,50) e os portes terão como referência os valores constantes na CBHPM 5ª Edição/2008, com a devida AUTORIZAÇÃO do IPREF.

§1º As especialidades e os serviços e atividades atendidos pela **CONTRATADA** estão descritos no ANEXO VI do presente contrato, e serão prestados por profissionais e por serviços de apoio diagnóstico cadastrados pela **CONTRATADA**, sendo facultado aos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** a livre escolha dentre os profissionais relacionados.

2º Os procedimentos médicos emergenciais e os materiais tecnicamente necessários para o pleno e eficaz atendimento do paciente ficarão a critério da **CONTRATADA** e, no caso de não cobertura desses procedimentos e materiais pelo **CONTRATANTE**, os mesmos serão cobrados dos responsáveis pelo paciente, com a concordância prévia deste, sempre que possível.

§3º A eventual necessidade de alteração da Tabela de Preços constante no Termo de Referência, bem como a inclusão ou exclusão de serviços abrangidos pelo Edital de Credenciamento nº 01/2024, somente se efetivarão se devidamente demonstrada a concordância de ambas as partes, e desde que seja justificada e economicamente viável à **CONTRATANTE**.

§4º Em caso de mudança de endereço do local da prestação de serviços, a **CONTRATADA** deverá comunicar ao **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 30 dias para vistoria técnica e verificação dos novos documentos a serem compatíveis com esta mudança, sem necessidade de aditamento contratual.

§5º Em caso de alteração da razão social do **CONTRATADO**, desde que não haja prejuízo à execução do contrato, esta poderá se dar mediante apostila administrativa.

§6º A contratação em questão se dará nos termos do Artigo 74, inciso IV e 79, inciso II da Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021 e suas alterações.

§7º Em se tratando de filial, os documentos de habilitação jurídica e regularidade fiscal deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que, pela própria natureza, são emitidos somente em nome da matriz.

§8º O presente Contrato produzirá seus efeitos jurídicos com as pessoas jurídicas, sua matriz e filiais, na forma designada no requerimento e desde que apresentada toda a documentação pertinente.

DO ATENDIMENTO AOS B



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

CLÁUSULA 02. Para atendimento pela **CONTRATADA**, os **BENEFICIÁRIOS** do **CONTRATANTE** deverão apresentar o Cartão de Identificação do Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos, dentro do prazo de validade, contendo modalidade do plano, acompanhado de um documento de identificação pessoal original com foto.

§1º Pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, portadoras de deficiência, gestantes, lactentes e crianças de até 05 (cinco) anos terão prioridade no atendimento prestado pela **CONTRATADA**, ressalvados os casos de urgência e emergência que pela sua própria natureza serão considerados prioritários.

§2º A internação para procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo, que exigem autorização, somente se efetivará mediante autorização prévia da perícia médica e administrativa do IPREF, desde que requerida pelo prestador através do portal Web-IPREF.

§3º Nos regulamentos da Assistência à Saúde e em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatório e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que podem ser acessados pelo site www.iprefguarulhos.sp.gov.br, acham-se descritos os procedimentos, exames e/ou materiais e/ou medicamentos cobertos, não cobertos e que necessitam de Autorização Prévia do **CONTRATANTE**, sujeitos a alterações, que serão comunicados oportunamente.

DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CLÁUSULA 03. Os serviços deverão ser prestados aos **BENEFICIÁRIOS** do **CONTRATANTE** dentro dos limites, padrões e condições de atendimento e cobertura ora pactuada, conforme consta no edital e seu Anexo VIII - Manual de Orientação ao Credenciado.

§1º Por "consulta de retorno" entende-se o atendimento realizado ao mesmo paciente no prazo de 30 dias corridos, a contar do primeiro atendimento, desde que não seja por patologia de CID (Código Internacional de Doenças) e/ ou especialidade diversa da consulta anterior, estando as mesmas compreendidas no valor das Consultas Ambulatoriais, não sendo, portanto, objeto de remuneração à parte.

§2º As consultas de Pronto Atendimento serão sempre remuneradas, não cabendo em hipótese alguma, o conceito de "consulta de retorno".

§3º Os procedimentos médicos emergenciais serão realizados a critério da **CONTRATADA** e no caso de não cobertura desses procedimentos e materiais pelo **CONTRATANTE**, os mesmos serão cobrados dos responsáveis pelo paciente com a concordância prévia deste, sempre que possível.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA 04. A **CONTRATADA** obriga-se a cumprir, em todos os termos, com a execução dos serviços objeto do presente CONTRATO.

§1º Os serviços de diagnóstico e tratamento que necessitem de autorização prévia da **CONTRATANTE** só poderão ser realizados pela **CONTRATADA** depois da respectiva autorização, sob pena de glosa.

§2º A autorização de que trata esse dispositivo deverá ser solicitada através do Portal Web IPREF pela **CONTRATADA**.

§3º a **CONTRATADA** atenderá aos **BENEFICIÁRIOS** em paridade com os seus pacientes particulares ou vinculados a outros convênios, não fazendo e não permitindo, direta ou indiretamente, discriminação e favoritismo de qualquer ordem.

§4º A **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente ao **CONTRATANTE** as alterações havidas na relação de especialidades e serviços constantes do presente CONTRATO.

§5º A **CONTRATADA** obriga-se a comunicar ao **CONTRATANTE** caso seja compelida por autoridade judicial competente a fornecer atendimento de responsabilidade da mesma, ainda que contra a sua vontade e/ ou entendimento.

§6º A intenção de inclusão, pela **CONTRATADA**, de novos serviços abrangidos pelo Edital de Credenciamento nº 01/2024 deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE** com antecedência mínima de 10 (dez) dias, constando a denominação e o valor do serviço, respeitadas as condições previstas no § 3º da Cláusula Primeira.

§7º A **CONTRATADA** deverá cumprir, durante todo o período de execução do contrato, a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência, para pessoa com deficiência social ou para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas na legislação (art. 116, da Lei nº 14.133, de 2023).



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

§8º A CONTRATADA deverá comprovar a reserva de cargos a que se refere a cláusula acima, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, com a indicação dos empregados que preencheram as referidas vagas (art. 116, parágrafo único, da Lei n.º 14.133, de 2021) procedendo à assinatura da declaração constante do Anexo IX.

DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA

CLÁUSULA 05. A **CONTRATADA** é a única responsável pela qualidade e eficiência dos serviços prestados aos usuários, respondendo civil e penalmente pelos mesmos. É, também, responsável exclusiva pelo pagamento de todos os encargos tributários, sociais, trabalhistas e previdenciários incidentes na execução dos serviços ora contratados.

§1º A Contratante não se responsabilizará por eventual dano, decorrente de negligência imprudência ou imperícia causada por prepostos da **Contratada** aos beneficiários da **CONTRATANTE**.

§2º Reservam-se à **Contratada** todos os encargos trabalhistas, previdenciários ou acidentários em relação a seu corpo funcional (empregados, médicos e outros), respondendo inclusive por toda e qualquer ocorrência ou irregularidade, bem como na qualidade de prestadora de serviços, obriga-se a **Contratada** ao recolhimento de todos os tributos devidos, sejam eles de natureza Federal, Estadual ou Municipal não cabendo a **Contratante** qualquer ônus ou responsabilidade relativa aos recolhimentos.

§3º A Contratada assume o compromisso de observar rigidamente os princípios e normas que regem a sua atividade, e pelo cumprimento das exigências emanadas pelos Órgãos Públicos, não respondendo a **Contratante** por qualquer ato de exclusiva responsabilidade da **Contratada**.

§4º A CONTRATADA autoriza a **Contratante** a divulgar seu nome, endereços, telefones e especialidades credenciadas em qualquer meio de comunicação dirigida aos beneficiários. Para tanto, a **Contratada** compromete-se a manter seus dados atualizados junto ao cadastro da **Contratante**, comunicando a esta as alterações com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, eximindo a **Contratante** de qualquer responsabilidade por eventuais equívocos que venham a ocorrer.

§5º A Contratada fornecerá os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários da **Contratante**, observadas as questões éticas e de sigilo profissional quando requisitados pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, à **Contratante**, conforme disposto no inciso XXXI do artigo 4º da Lei n.º 9.961 de 2000.

§6º É de inteira responsabilidade da **CONTRATADA** a negociação e compra de todos os materiais (inclusive os especiais), medicamentos e todos os insumos necessários ao bom atendimento ao paciente/ BENEFICIÁRIO.

§7º A CONTRATADA obriga-se a manter, durante toda a execução deste contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação exigidas no procedimento de credenciamento.

DAS REGRAS DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

CLÁUSULA 06. Todo tratamento de dados pessoais, sensíveis ou não, dos titulares destes dados vinculados à **CONTRATANTE** deverão ocorrer nos termos da Lei n.º 13.709/2018, da Lei n.º 13.787/2018 e do Decreto Municipal 38.145/2021 e os fins previstos nestes instrumentos.

§ 1º A CONTRATADA se compromete a controlar e restringir o tratamento dos dados pessoais e sensíveis dos titulares vinculados à **CONTRATANTE** unicamente aos profissionais necessários à execução deste contrato, comprometendo-se a tomar todas as precauções para evitar que quaisquer pessoas que não estejam vinculadas aos serviços tenham acesso a tais informações.

§ 2º A CONTRATADA garantirá que o tratamento desses dados seja limitado às atividades necessárias ao atingimento das finalidades de execução do contrato e do serviço contratado, sendo que, em hipótese alguma, poderão ser compartilhados ou utilizados para outros fins, utilizando-os, apenas quando seja o caso, em cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito ou por determinação judicial.

§ 3º A CONTRATADA, sempre que solicitada, garantirá o acesso da **CONTRATANTE** aos dados e informações tratados em razão da execução deste contrato.

§ 4º A CONTRATADA se compromete a observar a Lei n.º 13.787/2018 e sua respectiva regulamentação, armazenamento e manuseio de prontuário de paciente, incluindo os prazos lá previstos no que tange à sua eliminação.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

§ 5º A CONTRATADA, caso seja autorizada pela CONTRATANTE a subcontratar parcialmente o objeto deste contrato, será responsável pelo compartilhamento de dados e das informações com os respectivos prestadores de serviços, caso seja necessário, desde que dê prévia ciência à CONTRATADA, assegurando que as subcontratadas assumam contratualmente o cumprimento das obrigações referentes ao tratamento de dados em consonância com a LGPD e os fins previstos neste contrato, sendo que, em caso de violação, fica ambos responsáveis perante a CONTRATANTE e sujeitos à aplicação das penalidades previstas no §8º desta cláusula.

§ 6º A CONTRATADA dará conhecimento formal aos seus empregados das obrigações e condições acordadas nesta cláusula.

§ 7º A CONTRATADA cooperará com a CONTRATANTE no cumprimento das obrigações referentes ao exercício dos direitos dos titulares previstos na LGPD, e também no atendimento de requisições e determinações do Poder Judiciário, Ministério Público e Órgãos de controle administrativo.

§ 8º A CONTRATADA se sujeitará, em caso de descumprimento das obrigações previstas nesta cláusula, ao pagamento de uma multa compensatória equivalente a 5% (cinco por cento) sobre o valor total dos 3 (três) últimos pagamentos feitos pela CONTRATANTE à CONTRATADA.

§ 9º Aplicam-se, durante a vigência deste instrumento, as demais legislações e resoluções dos órgãos regulatórios que disciplinam sobre o sigilo, confidencialidade e o tratamento de dados e informações dos titulares de dados pessoais, sensíveis ou não, vinculados à CONTRATANTE.

DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

CLÁUSULA 07: O CONTRATANTE se coloca à disposição da CONTRATADA para fornecer todo e qualquer dado e/ ou informação necessária para manter e preservar o bom relacionamento entre as partes.

§1º O CONTRATANTE compromete-se a comunicar, por escrito, à CONTRATADA os procedimentos e materiais não cobertos pelos seus planos, assim como os procedimentos que necessitem de autorização especial.

§2º A CONTRATANTE compromete-se a efetuar o pagamento à CONTRATADA referente aos serviços prestados aos BENEFICIÁRIOS conforme valores constantes no Anexo I, parte integrante deste Contrato, e que são de pleno e total conhecimento das partes.

§3º O CONTRATANTE compromete-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, sobre eventuais alterações cadastrais, como: endereço para faturamento, endereço de Nota Fiscal, número de telefones, CNPJ, Razão Social, etc., no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

§4º O CONTRATANTE compromete-se a manter a CONTRATADA informada, por escrito, sobre alterações de rotinas e procedimentos de forma geral, devendo ser pactuadas e implantadas dentro de prazo comumente acordado.

DA FORMA DE PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS PRESTADOS

CLÁUSULA 08: A CONTRATADA protocolará as faturas (físicas/eletrônicas) dos serviços prestados com discriminação de serviços, produtos farmacêuticos, materiais, exames e procedimentos realizados, junto ao CONTRATANTE, de acordo com o cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível na área restrita do prestador que poderá ser acessada através do site <http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

§1º A Contratada encaminhará à CONTRATANTE para a cobrança dos serviços prestados a documentação descrita abaixo:

1. Nota Fiscal;
2. Guia de Resumo de Internação (TISS);
3. Guia de Atendimento Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia;
4. Guia de Autorização Emitida pela CONTRATANTE;
5. Pedidos médicos originais, com carimbo e assinatura do médico solicitante;
6. Descrição detalhada dos procedimentos necessários para análise e auditoria;
7. Documentos técnicos e administrativos necessários para análise e auditoria.

§2º A Contratante não se responsabilizará pelo pagamento de despesas não negociadas previamente.

§3º As cobranças dos serviços prestados aos beneficiários que caracterizam longa permanência deverão ser apresentadas mensalmente em forma de alta administrativa.

§4º Os atendimentos apresentados pela CONTRATADA, fora do prazo estabelecido no início desta cláusula, terão seu pagamento transferido para o mês subsequente.

§5º O CONTRATANTE obriga-se a efetuar os pagamentos à CONTRATADA conforme estabelecido no cronograma de entrega de faturamento e pagamento mediante depósito bancário no Banco: ITAÚ (341), Agência: 2959, Conta Corrente: 18598-0, excetuando-se os casos previstos nos parágrafos a seguir.

§6º As alterações referentes aos dados bancários para depósito de pagamento deverão ser informadas pela CONTRATADA, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ao CONTRATANTE.

§7º A Contratada reconhecerá como quitação das faturas apresentadas os respectivos créditos em conta corrente, cujos recibos se encontrar disponíveis na área restrita do prestador no Portal Web IPREF.

§8º O CONTRATANTE, a partir do recebimento das faturas dos serviços, poderá analisar, detalhar e apresentar, eventualmente, proposta de glosa, mediante auditoria técnica realizada nas dependências da CONTRATADA, onde constará de forma detalhada e fundamentada os eventuais equívocos ou discordâncias observadas, mantendo sempre o mesmo grau de detalhamento da conta apresentada.

§9º O relatório de glosa estará disponível no Portal Web IPREF para consulta a partir do pagamento da fatura.

§10º A partir da data da disponibilização do relatório de glosa no Portal Web IPREF pela CONTRATANTE, a CONTRATADA terá o prazo de 30 dias corridos para interpor recurso. Em não o fazendo, assumirá a exatidão das glosas.

§11º Caso a CONTRATADA concorde apenas parcialmente com a proposta de glosa, deverá proceder o recurso de glosa, de forma detalhada e fundamentada, mantendo sempre o mesmo grau de detalhamento da proposta de glosa apresentada, a discriminação dos itens recusados à glosa, através do Portal Web IPREF.

§12º Caso a CONTRATADA não concorde com a decisão do recurso analisado e/ou glosa mantida, as partes resolvem que os seus representantes legais que deverão manter entendimentos pessoais visando uma composição amigável para a questão.

DA FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA 09. A CONTRATADA autoriza expressamente o CONTRATANTE a:

- a) Fiscalizar suas instalações, exames, fichas médicas, documentos relacionados com o objeto do contrato e equipamentos, mediante prévio agendamento acordado entre as partes, de data e horário;
- b) Examinar e auditar, localmente, o prontuário médico dos usuários dos serviços ora contratados através de visitas técnicas de auditoria médica e enfermagem;
- c) Examinar toda e qualquer documentação que possa servir como comprovação do exato cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no presente instrumento.

§1º A CONTRATADA autoriza a auditoria prévia das contas periodicamente pela área técnica da CONTRATANTE, observando as normas estabelecidas no Capítulo IX – Artigos 107 e 108 do Código de Ética Médica.

§2º O acesso aos prontuários será restrito aos profissionais médicos ou enfermeiros indicados pela Contratante.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

CLÁUSULA 10: A prestação dos serviços abrangerá a cidade de Guarulhos, São Paulo e Grande São Paulo.

DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA 11: O presente contrato terá vigência de **05 (cinco) anos**, a contar da data de sua assinatura podendo ser **prorrogado sucessivamente até a vigência máxima de 10 (dez) anos**, desde que não denunciado, conforme preceitos previstos no contrato. Qualquer das partes poderá denunciar o contrato com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data prevista para cessação da prestação do serviço, observando a responsabilidade quanto aos usuários em tratamento ou com cirurgia marcada, nos termos da Lei.

§1º O prazo de 30 dias acima mencionado, refere-se ao atendimento dos beneficiários cujos tratamentos encontram-se em andamento, não se estendendo à emissão de guias para tratamentos iniciais, que ficam, desde a data do recebimento da comunicação escrita, suspensos.

§2º A extinção ou encerramento do presente contrato não surtirá efeito algum sobre eventuais direitos e obrigações das partes, desde que originadas em data anterior daqueles eventos, principalmente no que tange aos tratamentos iniciados aos **BENEFICIÁRIOS**, sendo o serviço prestado devidamente remunerado pelo **CONTRATANTE**.

§3º O presente contrato poderá ser extinto pelo **CONTRATANTE** nas situações do artigo 137 da Lei nº 14.133/2021, além das hipóteses elencadas neste parágrafo, garantido o direito ao contraditório e ampla defesa, independentemente do aviso prévio de 30 dias:

- ✓ Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;
- ✓ Infração comprovada às normas sanitárias em vigor;
- ✓ Alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto contratual;
- ✓ Liquidação extrajudicial, decretação de concordata ou falência;
- ✓ Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado: Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
- ✓ Não cumprimento de qualquer cláusula do contrato;
- ✓ Alteração da finalidade inicial para a qual se credenciou junto ao IPREF SAÚDE
- ✓ Reincidência, após ser notificado pelo IPREF SAÚDE, na execução de serviços para o qual não esteja autorizado e credenciado para executar;
- ✓ Cassação do registro pelo Conselho Regional;
- ✓ Cobrança de quantias suplementares aos beneficiários, a título de diferença de honorários quanto não autorizado pelo IPREF SAÚDE.

§4º O contrato poderá ser suspenso até que haja decisão final do IPREF, caso haja motivação de risco à saúde ou prejuízo aos cofres públicos.

DAS PENALIDADES

CLÁUSULA 12. Caso ocorra o descumprimento de quaisquer das cláusulas deste contrato de credenciamento por parte do **CREDENCIADO**, poderá ser aplicado multa equivalente a 250 UFG's (duzentos e cinquenta unidades fiscais de Guarulhos) por infração cometida, com exceção da cláusula 06, §8º, que conta com previsão específica, sem prejuízo da possibilidade de extinção contratual nos casos previstos no presente instrumento, bem como eventuais ressarcimentos e indenizações em razão de prejuízos ao erário público, garantida a ampla defesa e o contraditório.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 13: O presente contrato foi autorizado nos termos do despacho nos autos do Processo Administrativo nº 561/2025, pela autoridade competente, sendo aqui ratificado, devendo ser publicado no DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, o resumo de suas principais cláusulas.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

§1º O **CONTRATADO**, por força do presente instrumento, está sujeito às normas da Lei nos termos do Artigo 74, inciso IV, e 79, inciso II da Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021 e suas alterações, no que couber, como também, às Instruções Normativas de Assistência à Saúde Suplementar editadas pelo IPREF, e ainda, às cláusulas deste instrumento, como também ao edital de credenciamento.

§2º As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta da dotação orçamentária nº (3015) 8510-10.302.00672-192.04.1000900-339039.900 – **SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTO E LABORATORIAIS**, em cumprimento ao estabelecido no inciso VIII do artigo 92 da Lei 10.133/2021, sendo que em caso de eventual alteração do número da dotação, bastará ficar consignado pelo Setor de Contabilidade no Processo Administrativo competente.

§3º O valor estimativo do presente contrato é **R\$ 6.981,77 (seis mil e novecentos e oitenta e um reais e setenta e sete centavos)**.

§4º Para o reajustamento, que não poderá ser realizado em período inferior a um ano, a Administração e o contratado poderão adotar índices específicos ou setoriais.

§5º A vigência do presente contrato será a contar da data de sua assinatura pelas partes.

§6º São partes integrantes deste Contrato o Termo de Referência, o Manual de Orientação ao Credenciado e a declaração de reserva de cargos para PCD.

§7º Os casos não previstos no presente contrato serão resolvidos de comum acordo entre as partes, pela aplicação da legislação vigente, em especial com a aplicação das leis específicas para a área de saúde, elegendo as contratantes de comum acordo o Foro de eleição da Comarca de Guarulhos, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim, justas e contratadas, assinam as partes o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo nomeadas e identificadas.

Guarulhos, terça-feira, 24 de junho de 2025.

CONTRATANTE

[Assinatura e rubrica da Contratante]

**DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA RESPONDENDO
CUMULATIVAMENTE PELA PRESIDÊNCIA**

CONTRATADO

[Assinatura e rubrica do Contratado]

SÓCIO

[Assinatura e rubrica do Sócio]



ANEXO VI
SERVIÇOS CONTRATADOS
CONSULTAS

50000144	Consulta ambulatorial em fisioterapia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 60,00
50000713	Sessão ambulatorial em fisioterapia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00

PROCEDIMENTOS/EXAMES CONTRATADOS

- ✓ Procedimentos em fisioterapia
- ✓ Ataxias
- ✓ Disfunção vésico-uretral
- ✓ Distrofia simpático-reflexa
- ✓ Hemiparesia
- ✓ Hemiplegia
- ✓ Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras
- ✓ Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras
- ✓ Miopatias
- ✓ Paraplegia e tetraplegia
- ✓ Paralisia cerebral
- ✓ Paralisia cerebral com distúrbio de comunicação
- ✓ Parkinson
- ✓ Paraparesia/tetraparesia
- ✓ Retardo do desenvolvimento psicomotor
- ✓ Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária
- ✓ Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária
- ✓ Distúrbios circulatórios artério-venosos e linfáticos
- ✓ Assistência fisiátrica respiratória em doente clínico internado
- ✓ Assistência fisiátrica respiratória em paciente internado com ventilação mecânica
- ✓ Assistência fisiátrica respiratória em pré e pós-operatório de condições cirúrgicas
- ✓ Doenças pulmonares atendidas em ambulatório
- ✓ Paciente com D.P.O.C. em atendimento ambulatorial necessitando reeducação e reabilitação respiratória
- ✓ Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna
- ✓ Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna
- ✓ Amputação unilateral (preparação do coto)
- ✓ Amputação bilateral (preparação do coto)
- ✓ Sequelas em politraumatizados (em diferentes segmentos)
- ✓ Desvios posturais da coluna vertebral
- ✓ Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro
- ✓ Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral
- ✓ Recuperação funcional de distúrbios crânio-faciais
- ✓ Sequelas de traumatismos torácicos e abdominais
- ✓ Patologia osteomioarticular em um membro
- ✓ Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros
- ✓ Amputação unilateral (treinamento protético)
- ✓ Amputação bilateral (treinamento protético)
- ✓ Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada neurovasculares
- ✓ Hipo ou agenesia de membros
- ✓ Pacientes com doença isquêmica do coração, hospitalizado, até 8 semanas de programa
- ✓ Pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, hospitalizado, até 8 semanas de programa
- ✓ Reabilitação cardíaca supervisionada. Programa de 12 semanas. Duas a três sessões por semana (por sessão)

- ✓ Pacientes sem doença coronariana clinicamente manifesta, mas considerada de alto risco, atendido em ambulatório, duas a três vezes por semana
- ✓ Atendimento fisiátrico no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de seqüelas
- ✓ Processos inflamatórios pélvicos
- ✓ Atendimento fisiátrico no pré e pós-parto
- ✓ Sessão para assistência fisioterapêutica ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo-esquelético
- ✓ Sessão para assistência fisioterapêutica ambulatorial para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho genito-urinário e reprodutor
- ✓ Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico
- ✓ Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente dependente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico
- ✓ Atendimento fisioterapêutico ambulatorial individual ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório
- ✓ Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com dependência total com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico
- ✓ Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com dependência total com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico

TERMO DE REFERÊNCIA

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 001/2024 – CLÍNICAS E LABORATÓRIOS – IPREF

1. DO OBJETO

Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços ambulatoriais de assistência médica, consultas e prestação de Serviços de Apoio a Diagnóstico e Terapia (SADT), em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) destinados ao atendimento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, compreendendo POLICLINICAS/CLÍNICAS e LABORATÓRIOS.

1.1. Detalhamento do objeto

A) Relação das especialidades médicas reconhecidas (Resolução CFM Nº 2.380/2024)

1. Acupuntura
2. Alergia e imunologia
3. Anestesiologia
4. Angiologia
5. Cardiologia
6. Cirurgia cardiovascular
7. Cirurgia da mão
8. Cirurgia de cabeça e pescoço
9. Cirurgia do aparelho digestivo
10. Cirurgia geral
11. Cirurgia oncológica
12. Cirurgia pediátrica
13. Cirurgia plástica
14. Cirurgia torácica
15. Cirurgia vascular
16. Clínica médica
17. Coloproctologia
18. Dermatologia
19. Endocrinologia e metabologia
20. Endoscopia
21. Gastroenterologia
22. Genética
23. Geriatria

24. Ginecologia e obstetrícia
25. Hematologia e hemoterapia
26. Homeopatia
27. Infectologia
28. Mastologia
29. Medicina de emergência
30. Medicina de família e comunidade
31. Medicina do trabalho
32. Medicina do trânsito
33. Medicina esportiva
34. Medicina física e reabilitação
35. Medicina Intensiva
36. Medicina legal e perícia médica
37. Medicina nuclear
38. Medicina preventiva e social
39. Nefrologia
40. Neurocirurgia
41. Neurologia
42. Nutrologia
43. Oftalmologia
44. Oncologia clínica
45. Ortopedia e traumatologia
46. Otorrinolaringologia
47. Patologia
48. Patologia clínica/medicina laboratorial
49. Pediatria
50. Pneumologia
51. Psiquiatria
52. Radiologia e diagnóstico por imagem
53. Radioterapia
54. Reumatologia
55. Urologia

E outras especialidades necessárias, com cobertura constante no ROL da ANS

B) procedimentos e exames ambulatoriais com finalidades diagnósticas

- | | |
|--|--|
| 1. Broncoscopia | 17. Exames Otorrinolaringológicos |
| 2. Cintilografia Óssea | 18. Mamografia |
| 3. Colonoscopia | 19. Mapeamento da Pressão Arterial – MAPA |
| 4. Densitometria Óssea | 20. Raio X Contrastado |
| 5. Diagnóstico em Oftalmologia | 21. Raio X Simples |
| 6. Ecodoppler de Carótidas | 22. Ressonância Nuclear Magnética (RNM) |
| 7. Ecodoppler renal | 23. Retossigmoidoscopia |
| 8. Ecodopplercardiograma | 24. Sistema Holter 24 horas / 2 Canais
(Eletrocardiograma de longa duração) |
| 9. Eletrocardiograma | 25. Teste Ergométrico |
| 10. Eletroencefalograma Digital com ou sem Sedação | 26. Tomografia Computadorizada (TC) |
| 11. Eletroneuromiografia | 27. Ultrassonografia (USG) |
| 12. Endoscopia Digestiva (Gastroduodenoscopia ou Esofagogastroduodenoscopia) | 28. USG Doppler Colorido de Órgãos ou Estrutura |

- 13. Espirometria
- 14. Espirometria
- 15. Exames Dermatológicos
- 16. Exames Fonoaudiológicos

- 29. USG Doppler Colorido Venoso de MMII e/ou MMSS
- 30. Urodinâmica Completa
- 31. Urofluxometria

E outros procedimentos e exames ambulatoriais com finalidade diagnóstica necessários, com cobertura constante no ROL da ANS

C) Procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais

- | | |
|---|---|
| 1. Biópsia | 6. Litotripsia Extracorpórea |
| 2. Cateter Duplo J | 7. Polipectomia |
| 3. Cateter Duplo J – Instalação Endoscópica | 8. Retossigmoidoscopia com Polipectomia |
| 4. Cirurgias Oftalmológicas | 9. Uretroscopia |
| 5. Cistoscopia com Uretroscopia | 10. Vasectomia |

E outros procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais necessários, com cobertura constante no ROL da ANS

D) Atendimentos multiprofissionais de nível superior (exceto médico)

- 1. Fisioterapia
- 2. Fonoaudiologia
- 3. Nutrição
- 4. Psicologia
- 5. Terapia Ocupacional

E) Procedimentos laboratoriais

- 1. Exames de Análises Clínicas
- 2. Exames Anátomo-Patológicos (Anatomia Patológica)
- 3. Exames Citopatológicos (Citologia Oncótica)

E outros procedimentos laboratoriais necessários, com cobertura constante no ROL da ANS

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

O Ipref Saúde é um plano de saúde classificado na modalidade de autogestão que administra, sem fins lucrativos, a assistência médica hospitalar dos servidores estatutários ativos e inativos e seus dependentes vinculados a Prefeitura Municipal de Guarulhos, Câmara Municipal e IPREF. Possui hoje uma carteira com cerca de 2.300 beneficiários, e contempla um conjunto de serviços dos segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e com acomodação em enfermaria.

Considerando que o âmbito da cobertura geográfica da Assistência à Saúde abrange rede credenciada local com serviços prestados exclusivamente no Município de Guarulhos-SP e rede credenciada complementar com serviços prestados no Município de São Paulo-SP;

Considerando que a segmentação ambulatorial garante a prestação de serviços de saúde, aos nossos beneficiários, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Justifica-se a necessidade da contratação, atendendo ao disposto na Instrução Normativa 004/2008, bem como, considerando a importância da Assistência à saúde do IPREF na continuação da prestação de serviços no segmento ambulatorial a seus servidores ativos, inativos, dependentes e pensionistas, com objetivo de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, tal

perspectiva de cuidados preventivos quanto de tratamentos que porventura sejam necessários, como em casos de acometimento de moléstia ou acidente, de acordo com os casos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Para tais atendimentos consideramos ser mais conveniente a contratação por meio de credenciamento, visto ser um sistema por meio do qual a Administração Pública convoca todos os interessados em prestar serviços, para que, preenchendo os requisitos necessários, credenciem-se junto ao órgão ou entidade para executar o objeto quando convocados.

Ressalta-se que serão considerados como preços máximo, os valores especificados no Termo de Referência, bem como especificadas quais as tabelas deverão ser utilizadas para pagamento de materiais e medicamentos utilizados nos procedimentos/tratamentos realizados

3. DAS ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E VALORES

Constam a seguir as especificações tais como valores de consultas e terapias, tabelas utilizadas para codificação e valoração dos honorários médicos, dos procedimentos e exames ambulatoriais com finalidade diagnóstica, das taxas, dos pacotes, tabelas utilizadas para valoração de materiais, medicamentos e OPME e demais condições comerciais.

3.1. DOS HONORÁRIOS DE CONSULTA, SESSÃO E DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL

A Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) é a tabela adotada para codificação e nomenclatura dos procedimentos médicos. A valoração das consultas e sessões serão efetuadas conforme fixado na tabela abaixo e os procedimentos médicos e Serviços de Diagnóstico e Terapia (SADT) terão valoração de acordo com a Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira (AMB) de 1992, coeficiente de Honorários (CH) no valor de R\$ 0,41 (quarenta e um centavos de real), sendo que os procedimento não constantes na AMB 92 serão pagos de acordo com os valores especificados em Reais nas respectivas tabelas existentes, AMB 96, AMB 99 e CBHPM 5ª Edição/2008 e edições subsequentes (todas as CBHPM com deflator de 20% e UCO no valor de R\$ 11,50) e os portes terão como referência os valores constantes na CBHPM 5ª Edição/2008, com a devida AUTORIZAÇÃO do IPREF.

CONSULTA/SESSÃO		
TUSS	Descrição	Valor
10101012	Consulta em consultório (horário normal ou preestabelecido)	R\$ 65,00
10101012	Consulta em Psiquiatria (adulto e infantil)	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Fisiatria	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Geriatria	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Hematologia	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Hepatologia	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Neurologia Cirúrgica	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Neurologia Clínica	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Nutrologia	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Obstetrícia (parto)	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Pediatria	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Reumatologia	R\$ 100,00
10101013	Consulta laudo pericial	R\$ 120,00
10101039	Consulta em pronto socorro	R\$ 57,00
31601013	Avaliação individual ambulatorial de Acupuntura	R\$ 65,00
31601014	Sessão individual ambulatorial de Acupuntura	R\$ 40,00
50000055	Consulta individual ambulatorial, em terapia ocupacional (50 minutos)	R\$ 65,00
50000080	Sessão individual ambulatorial, em terapia ocupacional (50 minutos)	R\$ 40,00

50000080	Sessão individual ambulatorial, em terapia ocupacional para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00
50000144	Consulta ambulatorial em fisioterapia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 60,00
50000462	Consulta em psicologia (50 minutos)	R\$ 65,00
50000470	Sessão de psicoterapia individual por psicólogo (50 minutos)	R\$ 40,00
50000470	Sessão de psicoterapia individual por psicólogo para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00
50000560	Consulta ambulatorial por nutricionista	R\$ 65,00
50000586	Consulta individual ambulatorial de fonoaudiologia (50 minutos)	R\$ 65,00
50000616	Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia	R\$ 40,00
50000616	Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00
50000713	Sessão ambulatorial em fisioterapia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00

PROCEDIMENTOS E EXAMES AMBULATORIAIS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Procedimento	Codificação	Valoração	Valor
Procedimentos e exames ambulatoriais com finalidade diagnóstica	TUSS	AMB/92	R\$ 0,41 per CH

PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	
Exames de Análises Clínicas	
Exames Anátomo-Patológicos	
Exames Citopatológicos (Citologia Oncótica)	

DEMAIS CONDIÇÕES COMERCIAIS		
Filme Radiológico por M2		R\$ 21,70
Materiais Descartáveis	Tabela SIMPRO	Com deflator de 20%
Medicamentos Comuns (miligramagem)	Tabela Brasíndice	PMC com deflator de 20%
Medicamentos Restritos (miligramagem)	Tabela Brasíndice	PF + 15%
Medicamento comum oncológico (miligramagem)	Tabela Brasíndice	PMC com deflator de 12%
Medicamentos Restritos Oncológicos (miligramagem)	Tabela Brasíndice	PF + 25%
Dietas enteral/parenteral	Tabela Brasíndice	PMC com 70% de deflator
Medicamentos não constantes no Brasíndice		Valor de Nota fiscal + 10%
Os procedimentos não constantes na AMB 92, serão pagos de acordo com valores especificados em reais nas respectivas tabelas existentes, AMB 96, AMB 99 e CBHPM 5ª edição/2008, e edições subsequentes (todas as CBHPM com deflator de 20% e UCO no valor de R\$ 11,50), com a devida AUTORIZAÇÃO da IPREF		

3.2. TABELA PORTE DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM 5ª ED-2008 COM 20% DEFLATOR

Os portes terão como referência os valores constantes na Tabela CBHPM, 5ª Edição, 2008, com 20% de deflator, sob autorização do IPREF, a seguir descritas:

TABELA PORTE DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM 5ª ED-2008 COM 20% DEFLATOR								
Porte	Valor do Porte	Valor com Deflator	Porte	Valor do Porte	Valor com Deflator	Porte	Valor do Porte	Valor com Deflator
1A	R\$ 10,00	R\$ 8,00	5C	R\$ 234,00	R\$ 187,20	10B	R\$ 775,00	R\$ 620,00
1B	R\$ 20,00	R\$ 16,00	6A	R\$ 255,00	R\$ 204,00	10C	R\$ 860,00	R\$ 688,00
1C	R\$ 30,00	R\$ 24,00	6B	R\$ 280,00	R\$ 224,00	11A	R\$ 910,00	R\$ 728,00

2A	R\$ 40,00	R\$ 32,00	6C	R\$ 306,00	R\$ 244,80	11B	R\$ 998,00	R\$ 798,40
2B	R\$ 54,00	R\$ 43,20	7A	R\$ 331,00	R\$ 264,80	11C	R\$ 1.095,00	R\$ 876,00
2C	R\$ 64,00	R\$ 51,20	7B	R\$ 366,00	R\$ 292,80	12A	R\$ 1.135,00	R\$ 908,00
3A	R\$ 88,00	R\$ 70,40	7C	R\$ 433,00	R\$ 346,40	12B	R\$ 1.220,00	R\$ 976,00
3B	R\$ 112,00	R\$ 89,60	8A	R\$ 468,00	R\$ 374,40	12C	R\$ 1.495,00	R\$ 1.196,00
3C	R\$ 128,00	R\$ 102,40	8B	R\$ 490,00	R\$ 392,00	13A	R\$ 1.645,00	R\$ 1.316,00
4A	R\$ 153,00	R\$ 122,40	8C	R\$ 520,00	R\$ 416,00	13B	R\$ 1.805,00	R\$ 1.444,00
4B	R\$ 168,00	R\$ 134,40	9A	R\$ 555,00	R\$ 444,00	13C	R\$ 1.996,00	R\$ 1.596,80
4C	R\$ 189,00	R\$ 151,20	9B	R\$ 605,00	R\$ 484,00	14A	R\$ 2.225,00	R\$ 1.780,00
5A	R\$ 204,00	R\$ 163,20	9C	R\$ 666,00	R\$ 532,80	14B	R\$ 2.420,00	R\$ 1.936,00
5B	R\$ 220,00	R\$ 176,00	10A	R\$ 715,00	R\$ 572,00	14C	R\$ 2.670,00	R\$ 2.136,00

TABELA PORTE E VALORES (ANESTESIA) CBHPM 5ªED-2008 - COM 20% DEFLATOR

Porte	Referência	Valor	Valor com Deflator
PORTE 1	3A	R\$ 88,00	R\$ 70,40
PORTE 2	3C	R\$ 128,00	R\$ 102,40
PORTE 3	4C	R\$ 189,00	R\$ 151,20
PORTE 4	6B	R\$ 280,00	R\$ 224,00
PORTE 5	7C	R\$ 433,00	R\$ 346,40
PORTE 6	9B	R\$ 605,00	R\$ 484,00
PORTE 7	10C	R\$ 860,00	R\$ 688,00
PORTE 8	12A	R\$ 1.135,00	R\$ 908,00

3.3 TAXAS

GRUPO	TIPO SERVIÇO	TUSS	SERVIÇO	VALOR
10	TAXA DE SALA	146	60000422 TAXA COMPACTA DE SALA DE IMOBILIZAÇÕES NÃO GESSADAS	R\$ 10,38
10	TAXA DE SALA	150	60000465 TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	R\$ 25,70
10	TAXA DE SALA	152	60000481 TAXA COMPACTA DE SALA DE SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	R\$ 96,37
10	TAXA DE SALA	2329	60022256 TAXA DE IMOBILIZACAO GESSADA, POR USO/SESSÃO	R\$ 19,97
10	TAXA DE SALA	2330	60022264 TAXA DE IMOBILIZACAO NÃO GESSADA, POR USO/SESSÃO	R\$ 17,84
10	TAXA DE SALA	2412	60023082 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA CIRURGICA, PEQUENA CIRURGIA AMBULATORIAL	R\$ 28,02
10	TAXA DE SALA	2413	60023090 TAXA DE SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	R\$ 161,09
10	TAXA DE SALA	2427	60023236 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE GESSO	R\$ 18,84
10	TAXA DE SALA	2428	60023244 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLONOSCOPIA	R\$ 70,66
10	TAXA DE SALA	2432	60023287 TAXA POR USO/SESSAO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 70,66
10	TAXA DE SALA	2442	60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	

10	TAXA DE SALA	2535	60024313	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ENCOENDOCÓPIA COM VÍDEO, POR USO	R\$ 69,04
10	TAXA DE SALA	2540	60024364	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA SEM VÍDEO, POR USO	R\$ 69,04
10	TAXA DE SALA	3579	60027185	INSTALAÇÃO DO SORO - IRRIGAÇÃO CONTÍNUA	R\$ 43,15
10	TAXA DE SALA	2848	60027444	ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, POR USO	R\$ 21,86
10	TAXA DE SALA	3475	60033711	TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PAÇOS, ATÉ 12 HORAS	R\$ 70,66
10	TAXA DE SALA	3645	90053648	TAXA DE VÍDEO	R\$ 266,87
11	DIÁRIA	120	60000163	DIÁRIA COMPACTA HOSPITAL DIA ENFERMARIA	R\$ 135,25
11	DIÁRIA	3573	60000856	DIÁRIA DE QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO SEM BANHEIRO PRIVATIVO	R\$ 69,04
11	DIÁRIA	3629	60034424	DIÁRIA HOSPITAL DIA - DAY CLINIC	R\$ 103,56
12	TAXAS	1642	60015381	TAXA DE APLICAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA, POR USO/SESSÃO	R\$ 63,09
12	TAXAS	3644	60016380	TAXA DE TROCA/RETIRADA DE PORTO A CATH	R\$ 18,42
12	TAXAS	1742	60016388	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GDE ONCOLÓGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 28,19
12	TAXAS	1838	60017341	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO ONCOLÓGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 17,92
12	TAXAS	1946	60018429	TAXA POR UNIDADE DE PEQUENO ONCOLÓGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 15,44
12	TAXAS	3660	60022965	TAXA DE SALA/SESSÃO INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	R\$ 28,77
12	TAXAS	2480	60023767	UTILIZAÇÃO DE BANDEJA DE TRAQUEOSTOMIA	R\$ 16,29
12	TAXAS	2493	60023899	UTILIZAÇÃO DE BANDEJA PARA RETIRADA DE PONTOS	R\$ 37,97
12	TAXAS	2788	60026847	TAXA DE FERULA ORTOPÉDICA, POR USO	R\$ 27,05
12	TAXAS	3478	60033746	TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 92,05
12	TAXAS	3504	60034009	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GRANDE	R\$ 15,91
12	TAXAS	3505	60034017	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO	R\$ 12,78
12	TAXAS	3506	60034025	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO	R\$ 9,42
13	GASES	2937	60028335	AR COMPRIMIDO COM OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, POR HORA	R\$ 6,49
13	GASES	2956	60028521	NITROGÊNIO, POR HORA	R\$ 28,38
13	GASES	3514	60034335	OXIGÊNIO, POR HORA	R\$ 9,81
15	APLICAÇÃO	1633	60015292	TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 1,64

15	APLICACAO	1636	60015322	TAXA DE APLICACAO DE INJEÇÃO IM, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 2,00
18	EQUIPAMENTOS	2543	60024399	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA DIAGNOSTICO, POR USO	R\$ 354,41
18	EQUIPAMENTOS	2574	60024704	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO DE ELETROCAUTERIZAÇÃO TERMICA, POR USO	R\$ 28,37
18	EQUIPAMENTOS	2654	60025506	ALUGUEL/TAXA BISTURI A LASER, POR USO	R\$ 28,37
18	EQUIPAMENTOS	2670	60025662	BOMBA DE INFUSAO, POR HORA	R\$ 13,56
18	EQUIPAMENTOS	2746	60026421	ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO), POR USO	R\$ 15,97

3.4. PACOTES

Codificação TUSS	Descrição do Procedimento	Valor R\$
4.09.01.10-6	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	R\$ 172,60
4.09.01.36-0	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E V	R\$ 250,95
4.09.01.37-8	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JU	R\$ 250,95
4.09.01.38-6	DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 171,24
4.09.01.39-4	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAI	R\$ 213,75
4.09.01.40-8	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 133,94
4.09.01.43-2	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 133,94
4.09.01.45-9	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 250,95
4.09.01.46-7	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 250,95
4.09.01.47-5	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 250,95
4.09.01.48-3	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 250,95

DERMATOLOGIA		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-7	PACOTE DE LIPOMAS (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 506,30
Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-7	VERRUGAS (ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 506,30
Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-8	PACOTE DE TUMOR DE PELE (ATÉ 2 LESÕES)	R\$ 506,30
Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

GASTROENTEROLOGIA		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-0	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-5	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + POLIPECTOMIA	R\$ 379,72
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-6	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 316,44
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-7	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + DILATAÇÃO	R\$ 253,15
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-7	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE URÉASE	R\$ 253,15
Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-8	PACOTE DE COLONOSCOPIA	R\$ 379,72
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-9	PACOTE DE COLONOSCOPIA + POLIPECTOMIA	R\$ 632,87
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-0	PACOTE DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	R\$ 126,57
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-1	PACOTE DE ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 63,29
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-2	PACOTE DE PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR	R\$ 88,60
Composição: Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-3	PACOTE DE CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA	R\$ 5.316,12
Composição: Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-4	PACOTE DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA + PAPILOTOMIA	R\$ 1.898,61
Composição: Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-5	PACOTE DE CIRURGIA DE ABAIXAMENTO	R\$ 2.278,34
Composição: Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-6	PACOTE DE RGE - REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 1.075,88
Composição: Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-7	PACOTE DE COLECISTECTOMIA COM COLÁNGEO	R\$ 1.075,88
Composição: Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-8	PACOTE DE HÉRNIA INGUINAL	R\$ 607,56
Composição: Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-9	PACOTE DE RETOSSIGMOIDECTOMIA	R\$ 1.772,04
Composição: Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-0	PACOTE DE LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL	R\$ 1.898,61
Composição: Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, Segundo Auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-1	PACOTE DE HÉRNIA EPIGÁSTRICA	R\$ 607,56
Composição: Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-2	PACOTE DE HERNIA UMBILICAL	R\$ 607,56
Composição: Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-3	PACOTE DE HERNIA INCISIONAL	R\$ 607,56
Composição: Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, Instrumentador taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-4	PACOTE DE HEMORROIDECTOMIA	R\$ 607,56
Composição: Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-8	PACOTE DE PH METRIA ESOFÁGICA	R\$ 354,41
Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-9	PACOTE DE MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$



Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-0	PACOTE DE MANOMETRIA ANO RETAL	R\$ 354,41

Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-1	PACOTE DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 189,86

Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.

GINECOLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.18-6	PACOTE DE IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL	R\$ 1.898,61
9.70.25.08-6	PACOTE DE IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL	R\$ 506,30

Composição: Honorários Médicos, fornecimento do Dispositivo Intrauterino (DIU) e materiais

NEFROLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.05-7	PACOTE DE HEMODIÁLISE AMBULATORIAL	R\$ 315,00

Composição: Acompanhamento médico, taxa de sala, orientação ao paciente, honorários médicos, materiais e taxas. Tempo previsto sessão: 04 horas.

Sessões: 12 a 14 sessões mensais

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.05-7	PACOTE DE HEMODIÁLISE AMBULATORIAL – PACIENTE SORO POSITIVO	R\$ 415,00

Composição: Acompanhamento médico, taxa de sala, orientação ao paciente, honorários médicos, materiais e taxas. Tempo previsto sessão: 04 horas

Sessões: 12 a 14 sessões mensais

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.05-9	PACOTE DE DIÁLISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) 9 DIAS DE TREINAMENTO	R\$ 1.392,32

Composição: 9 Dias de Treinamento; Instruções de manipulação dos produtos e cuidados específicos; Média 36 conjuntos de troca.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-0	PACOTE DE DIALISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)	R\$ 4.050,37

Composição: Conjunto de trocas entregues na residência do paciente, orientação ao paciente pela clínica, honorários médicos. Média: 150 trocas/mês.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-1	PACOTE DE DIALISE PERITONIAL AUTOMÁTICA (DPA ou CAPD) TREINAMENTO	R\$ 1.392,32

Composição: 9 Dias de Treinamento; Instruções de manipulação dos produtos e cuidados específicos; Média 18 conjuntos de troca de 05L, 09 conjuntos de troca de 02L e 18 equipos por período de treinam

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-2	PACOTE DE DIALISE PERITONIAL AUTOMATICA (DPA ou CAPD)	R\$ 4.176,95
Composição: Conjunto de trocas entregues na residência do paciente, orientação ao paciente pela clínica, honorários médicos. Uso diário: Até 02 conjuntos de troca de 5L. 01 conjunto de troca de 02L. e 2 equipos (infusão e drenagem).		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.30-0	PACOTE HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)	R\$ 630,00
Composição: HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXA DE SALA E EQUIPAMENTOS.		

OFTALMOLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
7.50.15.00-5	PACOTE DE SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS SOB NARCOSE	R\$ 615,15
Composição: Honorário Cirurgião, Anestesista, Instrumentadora, Internação, 01 diária, taxas, materiais, medicamentos)		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
7.50.01.00-9	PACOTE DE TONOMETRIA E MAPEAMENTO SOB NARCOSE (CRIANÇA, RECEM NASCIDO)	R\$ 683,50
Composição: Honorário Cirurgião, Anestesista, Instrumentadora, Internação, 01 diária, taxas, materiais, medicamentos)		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-9	PACOTE DE CIRURGIA DE PRK (CIRURGIA DE MIOPIA E ASTIGMATISMO)	R\$ 1.093,60
Composição: Honorário Cirurgião, Anestesista, Instrumentadora, Internação, 01 diária, taxas, materiais, medicamentos)		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-0	PACOTE DE CIRURGIA REFRACTIVA - TIPO LASIK (POR OLHO)	R\$ 1.093,60
Composição: Honorário Cirurgião, Anestesista, Instrumentadora, Internação, 01 diária, taxas, materiais, medicamentos)		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-1	PACOTE DE ESTRABISMO	R\$ 1.093,60
Composição: Honorário Cirurgião, Anestesista, Instrumentadora, Internação, 01 diária, taxas, materiais, medicamentos)		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-8	PACOTE DE APLICAÇÃO DE LUCENTIS OU EYLIA (monocular)	R\$ 4.374,40
Composição: HM, 01 ampola de Lucentis, materiais e taxas de sala.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-9	PACOTE DE T.T.T. TERMO TERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 1.298,65
Composição: HM Cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, internação, taxas, materiais, med BSS Alcon, Viscoat Alcon, 02 anéis intra estromal, sob anestesia local com sedação.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-4	PACOTE DE ANGIOGRAFIA COM INDOCIANINA VERDE	R\$ 751,85
Composição: HM, materiais, medicamentos, taxa de sala, ampola de Indocianina e ampola de fluoresceína.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.18-1	PACOTE DE TRIANCINOLONA	R\$ 2.050,50
Composição: HM, Cirurgião, Anestesista, instrumentador, serviços de enfermagem, taxas, medicamento e internação período de 06 (seis) horas		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.18-2	PACOTE DE IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA OZURDEX	R\$ 4.809,82
Composição: HM, 01 ampola de Eylla ou 01 ampola de Ozurdex, materiais e medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-5	PACOTE DE FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR POR FACOEMULSIFICAÇÃO (INCLUSA A LENTE)	R\$ 3.523,36
ESTÃO INCLUSOS: Taxa de sala e equipamento de uso habitual; Materiais básicos de uso habitual; Fios de sutura conforme padronização; Trépanos; Medicamentos básicos, incluindo os anestésicos; Kit para faco legacy; Lente intraocular (R\$ 1.200,00); Honorários do cirurgião, auxiliar e Anestesista. NÃO ESTÃO INCLUSOS: Fios de sutura além dos padronizados; Remoção do paciente; Custo referente a eventuais intercorrências clínicas e cirúrgicas mediante justificativa do médico responsável; Exame radiológico e laboratorial de qualquer espécie; Anátomo patológico.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.11.27-4	PACOTE DE FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR SEM HM (INCLUSA A LENTE)	R\$ 3.251,00
ESTÃO INCLUSOS: Internação, Day Hospital, material de consumo, medicamentos inerentes ao procedimento e taxas; Lente Intraocular (R\$ 1.200,00). NÃO ESTÃO INCLUSOS: Honorários do Cirurgião auxiliar e anestesista.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.31-5	PACOTE PTK CERATECTOMIA FOTOTERAPEUTICA	R\$ 1.100,69
ESTÃO INCLUSOS: HM, materiais, medicamentos, taxa de sala, diária e equipamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.12-0	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA)	R\$ 4.374,40
9.70.25.12-2	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + RETINOPEXIA INTROFLEXÃO ESCLERAL + ENDO LASER	R\$ 8.065,31
9.70.25.12-3	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE	R\$ 7.518,50
9.70.25.12-4	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + IMPLANTE DE SILICONE COM LIO	R\$ 7.518,50
9.70.25.12-5	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + RETINOPEXIA INTRA ESCLERAL + IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE	R\$ 7.518,50
9.70.25.18-4	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO	R\$ 4.442,76
9.70.25.12-8	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + RETINOPEXIA INTROFLEXÃO ESCLERAL	

ESTÃO INCLUSOS: Taxa de sala e equipamento de uso habitual; Materiais básicos de uso habitual; Fios de sutura conforme padronização; Trépanos; Medicamentos básicos, incluindo os anestésicos; Kit para faco legacy; Honorários do cirurgião, auxiliar e Anestesista. **NÃO ESTÃO INCLUSOS:** Fios de sutura além dos padronizados; Remoção do paciente; Custo referente a eventuais intercorrências clínicas e cirúrgicas mediante justificativa do médico responsável; Exame radiológico e laboratorial de qualquer espécie; Anátomo patológico; Lente Intraocular.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.35.01.21-8	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO SEM HM	R\$ 4.561,27

ESTÃO INCLUSOS: Taxa de sala e equipamento de uso habitual; Materiais básicos de uso habitual; Fios de sutura conforme padronização; Trépanos; Medicamentos básicos, incluindo os anestésicos; Kit para faco legacy; Lente intraocular (R\$ 1.200,00). **NÃO ESTÃO INCLUSOS:** Honorários do cirurgião, auxiliar e Anestesista; Fios de sutura além dos padronizados; Remoção do paciente; Custo referente a eventuais intercorrências clínicas e cirúrgicas mediante justificativa do médico responsável; Exame radiológico e laboratorial de qualquer espécie; Anátomo patológico.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
7.50.14.00-3	PACOTE DE IMPLANTE DE SILICONE INTRA – VITREO + RETINA COM INTRAESCLERAL	R\$ 7.431,98

ESTÃO INCLUSOS: Taxa de sala e equipamento de uso habitual; Materiais básicos de uso habitual; Fios de sutura conforme padronização; Trépanos; Medicamentos básicos, incluindo os anestésicos; Kit para faco legacy; Lente intraocular (R\$ 1.200,00); Honorários do cirurgião, auxiliar e Anestesista. **NÃO ESTÃO INCLUSOS:** Fios de sutura além dos padronizados; Remoção do paciente; Custo referente a eventuais intercorrências clínicas e cirúrgicas mediante justificativa do médico responsável; Exame radiológico e laboratorial de qualquer espécie; Anátomo patológico.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.11-0	PACOTE DE IMPLANTE DE SILICONE INTRA - VITREO	R\$ 7.021,87

ESTÃO INCLUSOS: Taxa de sala e equipamento de uso habitual; Materiais básicos de uso habitual; Fios de sutura conforme padronização; Trépanos; Medicamentos básicos, incluindo os anestésicos; Kit para faco legacy; Lente intraocular (R\$ 1.200,00); Honorários do cirurgião, auxiliar e Anestesista. **NÃO ESTÃO INCLUSOS:** Fios de sutura além dos padronizados; Remoção do paciente; Custo referente a eventuais intercorrências clínicas e cirúrgicas mediante justificativa do médico responsável; Exame radiológico e laboratorial de qualquer espécie; Anátomo patológico.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.11-1	PACOTE DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA	R\$ 3.877,77

ESTÃO INCLUSOS: Taxa de sala e equipamento de uso habitual; Materiais básicos de uso habitual; Fios de sutura conforme padronização; Medicamentos básicos, incluindo os anestésicos; Honorários do cirurgião, auxiliar e Anestesista. **NÃO ESTÃO INCLUSOS:** Fios de sutura além dos padronizados; Remoção do paciente; Custo referente a eventuais intercorrências clínicas e cirúrgicas mediante justificativa do médico responsável; Exame radiológico e laboratorial de qualquer espécie; Anátomo patológico.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.11-4	PACOTE DE PTERÍGIO - EXÉRESE	R\$ 615,15

Composição: Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.11-6	PACOTE DE SUTURA	R\$ 1.298,65

Composição: Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
---------------	-----------	-------

9.70.25.12-1	PACOTE DE PARACENTESE	R\$ 1.161,95
Composição: Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.35.00.63-7	PACOTE DE PARACENTESE COM LAVAGEM LOCAL SEM HM	R\$ 1.025,26
Composição: Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.12-6	PACOTE DE IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE	R\$ 1.913,80
Composição: Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas e lente intraocular		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.12-7	PACOTE DE IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE + VITRECTOMIA	R\$ 4.442,76
Composição: Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas e lente intraocular		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-0	PACOTE DE CIRURGIA COM SUTURA DE ESCLERA	R\$ 478,45
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-1	PACOTE DE ENUCLEAÇÃO SEM IMPLANTE	R\$ 1.332,83
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-2	PACOTE DE ENUCLEAÇÃO COM IMPLANTE SEM HM	R\$ 1.161,95
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-3	PACOTE DE RECONSTRUÇÃO DE GLOBO OCULAR C/ LESÃO DE ESTRUTURAS	R\$ 3.964,31
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-6	PACOTE DE CIRURGIAS ANTIGLAUCOMATOSAS	R\$ 1.913,80
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-9	PACOTE DE IRIDOCICLECTOMIA	R\$ 1.640,41
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.14-2	PACOTE DE TUMOR DE ÓRBITA - EXÉRESE	R\$ 3.007,40
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.14-5	PACOTE DE RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO SEM HM	R\$ 1.706,61
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.14-6	PACOTE DE RETINOPEXIA PNEUMÁTICA SEM HM	R\$ 1.134,61

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.14-8	PACOTE DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 1.913,80

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.15-7	PACOTE DE CALÁZIO	R\$ 382,26

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-1	PACOTE DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO	R\$ 1.367,00

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-2	PACOTE DE PTOSE	R\$ 1.367,00

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-4	PACOTE DE SUTURA DE PÁLPEBRA	R\$ 922,72

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-6	PACOTE DE RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS	R\$ 574,14

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-3	PACOTE DE ENDOFOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 386,86

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos, HM.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-7	PACOTE DE CIRÚRGIA REFRACTIVA - HIPERMETROPIA	R\$ 792,86

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos, HM.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-9	PACOTE DE SILICONE + RETINOPEXIA + FACECTOMIA COM LIO	R\$ 7.518,50

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos, HM.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.11-3	PACOTE DE RETINOFLEXIA PNEUMATICA + VITRECTOMIA E ENDOLASER	R\$ 6.151,51

Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos, HM

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.11-5	PACOTE DE ESTEREOFOTO DE PAPILA	R\$ 31,76
Composição: Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos, HM.		

OTORRINOLARINGOLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-2	PACOTE DE LARINGOSCOPIA	R\$ 126,57
Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-3	PACOTE DE NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$ 151,89
Composição: honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

UROLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.50-3	PACOTE DE PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO – PREPUÇAL	R\$ 253,15
Composição: Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.51-1	PACOTE DE EXERÉSE DE CISTO ESCROTAL	R\$ 253,15
Composição: Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.53-8	PACOTE DE CAUTERIZAÇÃO DE LESÕES GENITAIS (Grupo a cada 5 lesões)	R\$ 139,24
Grupo a cada 5 lesões		
Composição: Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.54-6	PACOTE DE PENISCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 126,57
Composição: Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.55-4	PACOTE DE CATETERISMO VESICAL	R\$ 189,86
Composição: Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala + Insumos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.55-5	PACOTE DE TESTE DE EREÇÃO	R\$ 253,15
Composição: Kit + Honorário + Auxiliar + Taxa de Sala + Substâncias.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.57-0	PACOTE DE VASECTOMIA	R\$ 696,18
Composição: Hospital + Kit + Honorários + Auxiliar + Anestesia + Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.58-9	PACOTE DE POSTECTOMIA	R\$ 696,16
Composição: Hospital + Kit + Honorários + Auxiliar + Anestesia + Medicamentos.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-3	PACOTE DE NEFROLITOTRIPSIA EXTRA CORPÓREA / LITOTRIPSIA	R\$ 1.183,47
Composição: Anestesia, Insumos e Honorário Médico		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-4	PACOTE DE URETEROLITOTRIPSIA EXTRA CORPÓREA	R\$ 1.183,57
Composição: Anestesia, Insumos e Honorário Médico		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-5	PACOTE DE LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA ORTOPÉDICA	R\$ 501,12
Composição: Anestesia, Insumos e Honorário Médico		

PACOTES LABORATORIAIS

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.52-0	CORE BIOPSY	R\$ 776,11
COMPOSIÇÃO: Cód. 4.08.08.09-2 (Biópsia Percutânea de fragmento mamário (Core Biopsy) orientada por US ou RX - agulha grossa); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico); Cód. 4.09.01.11-4 (US Mama). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.85-7	ULTRASSOM DE PENIS COM DOPPLER E TESTE DE EREÇÃO	R\$ 534,81
COMPOSIÇÃO: Cód. 4.09.01.44-0 (Doppler Colorido Peniano com fármaco indução); Cód. 4.09.01.20-3 (Órgãos Superficiais - tireóide ou escroto ou pênis ou crânio); Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.53-9	AGULHAMENTO MAMÁRIO (POR NÓDULO)	R\$ 437,13
COMPOSIÇÃO: Cód. 4.08.08.06-8 (Marcação pré-cirúrgica orientada por imagem - por mama (já inclui exame de base); Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.62-8	PUNÇÃO CISTO DE OVÁRIO	R\$ 759,45
COMPOSIÇÃO: Cód. 4.08.09.09-9 (Punção Biópsia/Aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RX, US ou CT - acrescentar exame base); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico); Cód. 4.09.01.30-0 (US Transvaginal); Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.54-7	PUNÇÃO DE MAMA (POR NÓDULO)	R\$ 394,61
COMPOSIÇÃO: Cód. 4.08.08.08-4 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por imagem (já inclui o exame base); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.56-3	PUNÇÃO GÂNGLIOS (POR NÓDULO)	R\$ 347,77

COMPOSIÇÃO: Cód. 4.08.09.09-9 (Punção/biópsia aspirativa de órgãos ou estrutura orientada por RX, US ou CT - acrescentar exame base); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico); Cód. 4.09.01.21-1 (Estruturas Superficiais - cervical ou axilas ou músculo). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.55-5	PUNÇÃO TIREÓIDE (POR NÓDULO)	R\$ 347,77

COMPOSIÇÃO: Cód. 4.08.09.09-9 (Punção/biópsia aspirativa de órgãos ou estrutura orientada por RX, US ou CT - acrescentar exame base); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico); Cód. 4.09.01.20-3 (Órgãos Superficiais - tireóide ou escroto ou pênis ou crânio). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.57-1	BIÓPSIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL (SEM SEDAÇÃO)	R\$ 1.772,39

COMPOSIÇÃO: Cód. 4.09.02.04-8 (Próstata transretal com biópsia - mais de 8 fragmentos); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico 12 fragmentos - cobrança separada por fragmento). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de sala de observação.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.59-8	BIÓPSIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL (COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.772,39

COMPOSIÇÃO: Cód. 4.09.02.04-8 (Próstata transretal com biópsia - mais de 8 fragmentos); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico 12 fragmentos - cobrança separada por fragmento). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de sala de observação.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.00.02.08-3	BIÓPSIA DE VILO CORIAL	R\$ 2.000,29

COMPOSIÇÃO: Cód. 4.13.01.05-6 (Biopsia de vilos coriais); Cód. 4.05.01.09-4 (Análise do cariótipo vilos coriais); 4.09.01.23-8 (USG Obstétrico). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de sala de observação.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.00.17.59-5	AMNIOCENTESE	R\$ 1.951,37

COMPOSIÇÃO: Cód. 4.09.02.01-3 (Amniocentese); Cód. 4.05.01.17-5 (Análise do cariótipo amniocentese); 4.09.01.23-8 (USG Obstétrico). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de sala de observação.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.00.03.47-0	CORDOCENTESE	R\$ 1.977,10

COMPOSIÇÃO: Cód. 4.13.01.11-0 (Cordocentese); Cód. 4.05.01.06-0 (Análise do cariótipo cordocentese); 4.09.01.23-8 (USG Obstétrico). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de sala de observação.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.91-2	INFILTRAÇÃO POR PUNÇÃO INTRA ARTICULAR COM VISCOSUPLEMENTAÇÃO	R\$ 985,29

COMPOSIÇÃO: Cód. 3.07.13.13-7 (Punção articular diagnóstica ou terapêutica, orientada por Rx, USG, TC e Rm); Cód. 4.09.01.22-0 (USG Articular). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de aplicação

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.91-3	INFILTRAÇÃO POR PUNÇÃO EXTRA ARTICULAR COM VISCOSUPLEMENTAÇÃO	R\$ 708,82

COMPOSIÇÃO: Cód. 3.07.13.14-5 (Punção extra articular diagnóstica ou terapêutica, orientada por Rm); Cód. 4.09.01.22-0 (USG Articular). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de aplicação

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-5	PACOTE DE DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO	R\$ 54,02
COMPOSIÇÃO: Preparação da lâmina em aparelho, coloração e montagem, conclusão diagnóstica e emissão de laudo.		

*E outros pacotes que vierem a ser acordados durante a vigência do contrato.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2024 – CLÍNICAS E LABORATÓRIOS - IPREF

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO

IPREF-SAÚDE

CONTRATANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS, inscrito no C.N.P.J. sob nº. 52.373.396/0001-16, localizado na Rua do Rosário, 226 – Vila Camargos – Guarulhos – São Paulo/SP – CEP: 07111-080, neste ato representado por sua Presidente, Sra. ALESSANDRA DOS SANTOS MILAGRE SEMENSATO, brasileira, casada, portadora da cédula de identidade nº. 25.371.058-3 SSP/SP e inscrita no C.P.F. sob nº 251.075.408-48.

CONTRATADA: FISIO LIFE FISIOTERAPIA EIRELI, inscrita no C.N.P.J. 19.181.113/0001-69, localizado a AV. ÁGUA FRIA, 1378, TUCURUVI, SÃO PAULO/SP, CEP: 02332-001, neste ato representada por Sr(a). MARCELO REVUELTA HIROSE, nacionalidade BRASILEIRA, FISIOTERAPEUTA, SOLTEIRO portador(a) da cédula de identidade RG nº 29946912 SSP/SP, e inscrito(a) no C.P.F sob nº 362.308.438-70, daqui por diante denominada simplesmente CONTRATADA, tem entre si certo e ajustado o presente, o qual se regerá pelas cláusulas e condições a seguir especificadas, a saber:

As partes, após cumpridos os procedimentos exigidos para credenciamento, ajustam-se por meio do presente contrato, o qual é regido pelas cláusulas e condições a seguir expostas:

1º Os procedimentos médicos emergenciais e os materiais tecnicamente necessários para o pleno e eficaz atendimento do paciente ficarão a critério da CONTRATADA e, no caso de não cobertura desses procedimentos e materiais pelo CONTRATANTE, os mesmos serão cobrados dos responsáveis pelo paciente, com a concordância prévia deste, sempre que possível.

§2º Os procedimentos médicos emergenciais serão realizados a critério da CONTRATADA e no caso de não cobertura desses procedimentos e materiais pelo CONTRATANTE, os mesmos serão cobrados dos responsáveis pelo paciente com a concordância prévia deste, sempre que possível.

1. APRESENTAÇÃO
2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)
3. CREDENCIAMENTO
4. PLANOS DE SAÚDE
5. SERVIÇOS ABRANGIDOS
6. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO
7. AUTORIZAÇÃO
8. EXAMES E PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO DO IPREF
9. CONSULTAS MÉDICAS
10. TERAPIAS AMBULATORIAIS
11. INTERNAÇÕES ELETIVAS
12. INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
13. PRORROGAÇÕES DE INTERNAÇÕES
14. ÓRTESES E PRÓTESES
15. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
16. QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA
17. FATURAMENTO
 - 17.1. Limite para Apresentação das Guias
 - 17.2. Documentação de envio de faturamento e Cronograma de Pagamento
18. GLOSAS E RECURSOS
19. FORMULÁRIOS
20. DESCREDENCIAMENTO
21. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

1. APRESENTAÇÃO

O IPREF (Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos) foi criado em 1983; é uma Autarquia Municipal, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Todos os servidores públicos municipais titulares de cargos efetivos, ativos e inativos, dos poderes Executivos, são obrigatoriamente beneficiários no Instituto.

O IPREF é o Órgão Gestor Único de Previdência do município e centraliza os benefícios previdenciários.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP – CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

O Instituto também é responsável pela Gestão da Assistência à Saúde destes servidores.

Este manual de orientação tem como finalidade subsidiar a rede credenciada, padronizar e apresentar as informações sobre o atendimento, planos, formulário e a operacionalização do IPREF-SAÚDE.

Mantenha o Manual de Orientação sempre em mãos, pois serão encontradas as orientações e instruções necessárias para o ajustamento dos procedimentos a serem adotados, a fim de evitarmos transtornos de ordem operacional.

O objetivo deste Manual de Orientação ao Credenciado apresentar as coberturas do Plano IPREF-Saúde, bem como as regras operacionais de validação de elegibilidade do Beneficiário, autorização e regulação prévia de procedimentos, envio de contas assistenciais e faturamento.

Este manual ficará disponível no Portal do IPREF-SAÚDE na página <http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br> e será atualizado periodicamente, de acordo com a necessidade.

É imprescindível manter os dados cadastrais (endereço, e-mail, telefone, serviços, banco, etc.) sempre atualizados. Deste modo, quaisquer alterações deverão ser encaminhadas ao setor de Credenciamento do IPREF através de e-mail ou correspondência.

Qualquer informação poderá ser obtida diretamente na Central de Atendimento ao Credenciado pelo telefone: (11) 2461-6363, das 8h às 16:30h, de segunda a sexta-feira.

2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)

A identificação do Beneficiário do IPREF SAÚDE e sua elegibilidade ao atendimento são determinadas sempre pela apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB), acompanhado de um documento de identificação com foto. No caso de criança sem documento com foto, o Credenciado deve solicitar a apresentação da Certidão de Nascimento, observando-se sempre a data de validade do cartão.

Não serão pagos os procedimentos realizados fora do período de validade descrito no Cartão de identificação do Beneficiário do IPREF-SAÚDE.

O Cartão de identificação do Beneficiário apresenta os dados preliminares necessários para a verificação da modalidade de plano permitida, vigência, padrão de acomodação, bem como as informações necessárias para o preenchimento dos formulários de cobrança pelo Credenciado, conforme campos constantes a seguir:

- ✓ Nº da Inscrição do Beneficiário
- ✓ Nome do Beneficiário
- ✓ Plano
- ✓ Acomodação
- ✓ Central de atendimento IPREF (11) 2461-6363

3. CREDENCIAMENTO

Efetuada a contratação ou credenciamento, o Credenciado será cadastrado no IPREF SAÚDE e seu LOGIN e SENHA para acesso ao PORTAL WEB-IPREF-

4. PLANOS DE SAÚDE

Classificada na modalidade de autogestão, o IPREF administra, sem finalidade lucrativa, a assistência médico-hospitalar dos servidores estatutários ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes, vinculados a Prefeitura Municipal de Guarulhos, Câmara Municipal de Guarulhos, e Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos - IPREF.

4.1. TIPOS DE PLANOS

PLANO
IPREF-SAÚDE

4.2. SERVIÇOS ABRANGIDOS



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

O plano de saúde possui cobertura para despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares, conforme tabelas contratadas, estabelecidas nos editais de chamamentos, possuindo como referência o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela ANS.

5. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO

Para o atendimento, os beneficiários deverão apresentar obrigatoriamente os seguintes documentos:

- ✓ Cartão de Identificação do IPREF-SAÚDE; e
- ✓ Carteira de Identidade (RG) ou documento com foto.

Para a própria segurança do credenciado, ao efetuar atendimento a um beneficiário, deverão ser observados:

- ✓ Data de validade do cartão de identificação;
- ✓ Nome do beneficiário no cartão;
- ✓ Plano que está autorizado para atender;
- ✓ Carências.

6. REMUNERAÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, TAXAS, DIÁRIAS, GASES MEDICINAIS MATERIAIS E MEDICAMENTOS

A Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) é a tabela adotada para codificação e nomenclatura dos procedimentos médicos, com **valorização de acordo com a Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira (AMB) de 1992**, sendo que os procedimentos não constantes na AMB 92, serão pagos de acordo com valores especificados em reais nas respectivas tabelas existentes, AMB 96, AMB 99 e CBHPM 5ª edição/2008, e edições subsequentes (todas as CBHPM com deflator de 20% e UCO no valor de R\$ 11,50) e os portes terão como referência os valores constantes na CBHPM 5ª Edição/2008, com a devida AUTORIZAÇÃO do IPREF.

A cobrança de taxas, diárias, gases medicinais, honorários médicos, materiais e medicamentos deverão obedecer ao padrão ANS (TISS/TUSS), e deverão ser discriminados individualmente (item a item), utilizando as codificações e descrições previstas contratualmente com o Credenciado; e, notadamente no caso de materiais descartáveis e medicamentos de uso geral, as descrições das tabelas comerciais Simpro e Brasília.

As tabelas para honorários médicos, medicamentos, materiais, consultas, terapias e demais condições comerciais, serão praticados conforme Anexo VI – Termo de Referência do presente Edital.

7. AUTORIZAÇÃO

Como já descrito, para qualquer atendimento, o Beneficiário deve sempre apresentar o Cartão de Identificação e documento de identidade com foto.

Todos os procedimentos, devem ser solicitados através do autorizador eletrônico IPREF SAÚDE:

<http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>, onde será realizada a elegibilidade do Beneficiário e do procedimento a ser realizado, conforme serviços contratados. Dúvidas sobre o site, senha e acessos contatem a Central de Atendimento ao Credenciado pelo telefone: (11) 2461-6363 no horário comercial.

O Credenciado estará autorizado a realizar o procedimento somente após autorização emitida no Portal Web-Ipref.

Ao final de cada guia existe campo específico para assinatura do Beneficiário ou responsável, que deve ser preenchido para o encaminhamento do faturamento físico ao IPREF.

O preenchimento do campo com o código da CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) é obrigatório em todas as guias. O preenchimento do CRM do médico atendente, bem como a assinatura do profissional e carimbo são obrigatórios tanto nas guias como em pedidos médicos e/ou laudos.

Os procedimentos realizados sem a devida autorização prévia, não serão custeados pelo IPREF, ficando o credenciado com o ônus de todos os procedimentos.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
 Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

A critério do IPREF, para qualquer procedimento, poderão ser solicitadas perícias prévias, laudos detalhados ou documentação fotográfica.

Casos de urgência e emergência, onde há risco de vida ou de sequelas graves, estão isentos de autorização prévia, devendo ser solicitada através do Portal Web Ipref até o primeiro dia útil subsequente à data da realização do procedimento, estando sujeitos à avaliação técnica posterior.

Internações de urgência ou emergência e prorrogação de internação devem ser solicitadas em até 24 horas da data da internação, com justificativa para análise da auditoria interna.

8. EXAMES E PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO DO IPREF

Os atendimentos abaixo estão sujeitos à autorização prévia, prioritariamente, pelo PORTAL WEB IPREF-SAUDE no endereço <http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon> ou outro endereço que eventualmente venha a ser criado, com a devida comunicação ao Credenciado, sendo necessário anexar no portal o pedido médico, relatórios, laudos e justificativas, que poderão ser submetidas a auditoria médica a critério do IPREF.

TIPO	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
01) Internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas.	Internações de qualquer tipo, inclusive em day clinic, com ou sem uso de órtese, prótese e material especial.
02) Procedimentos invasivos de qualquer tipo.	Biópsias por agulhamento, Cirurgias, Microcirurgias de Varizes, Angioplastia, Cateterismo Cardíaco, Procedimentos Dermatológicos e Cirurgias Plásticas
03) Exames ou procedimentos ambulatoriais/internados de alto custo (PAC).	Angiografia, arteriografia, betaterapia cardioestimulação esofágica, cardiotocografia, colangiopancreatografia retrógrada, diálise peritoneal, endoscopia transoperatória e ecografia endoscópica, eletroneuromiografia, fotocoagulação a laser Neuroradiologia, Polissonografia, Câmara Hiperbárica, Medicina Nuclear/Cintilografia, hemodiálise, hemofiltração, hibridização molecular, histeroscopia (diagnóstica ou cirúrgica), videolaparoscopia, litotripsia extra corpórea e utilização de equipamentos de circulação extra corpórea, mapeamento cerebral, otoneurológico, procedimentos em cardiologia (diagnose e terapia) exceto eletrocardiograma, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, PET-CT e Radiologia Intervencionista.
04) Tratamentos	Fisioterapia clínica/hospitalar, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia, acupuntura
05) Terapia oncológica de qualquer tipo (ambulatorial e internado).	Quimioterapia, hormonioterapia, biológicos, BCG intravesical.
06) Radioterapia (ambulatorial e internado).	Teleterapia, Intervencionista, Terapias e Braquiterapias
07) Todos os exames e procedimentos que possuem DUT, conforme legislação vigente.	Todos os exames e procedimentos que possuem DUT, inclusive Laqueadura, Vasectomia, DIU, OCT, Pet-Scan

Assinado Digitalmente por Credenciamento - 05RV-SZNY-0668-4N50

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
 Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP – CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

08) Medicamentos de alto custo utilizados durante a internação.	Medicamentos utilizados durante a internação com custo superior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais), conforme DUT que necessitem ser utilizados para a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos previstos no rol de cobertura mínima ANS. EX: Acetato de ciproterona 50 mg, Acetato de Goserelina (Zoladex), Ácido Zoledrônico (Aclasta / Zometa), Albumina Humana, Alfadrotrecogina, Alfadrotrecogina ativada (Xigris), Alprostadil, Azatioprina, Azitromicina 500 mg (Inj), Bevacizumabe, Bosentana (Tracleer), Buserbelinav (Supreefact), Ciclosporina, Colatamp (Espuma Estéril de Colágeno + Gentamicina), Curativos ditos Especiais (Prata, Alginatos, Hidrocoloide, Petrolatum, Alumínio, Espumas, Prata Nacrocristalina, com Colágenos, Hidropolímeros e com Proteases), Dacarbamazina, Dermabond Adesivo, Dieta Nutrição Parenteral (Todas), Eritropoetina Alfa Humana, Eritropoetina Humana Recombinante, Etanercepte, Exenatida (Byetta), Fluorouracil, Gencitabina, Hilano, Idarrubicina (Evomid), Imiglucerase 200 UI, Imipenem, Imunoglobulina, Insulina Glargina (Lantus), Insulina Levemir, Ivanz (Ertapenem), Leuprolida (Leuprorrelina), Leupropelina, Leupropelina (Lectrum), Lupron Depot (Acetato de Leuprolide), Mesilato de Imatinibe (Glivec), Micofenolato Mofetil, Oxaliplatina (O-Plat), Penicilina 250 mg, Precedex (Dexmedetomidina), Psico Testosterona (Nebido), Ranibizumabe (Lucentis), Risperidona, Rituximabe, Rituxumabe (Mabthera), Somatostatina, Tacrolimus, Tazocin, Tela de Polipropileno (Todas), Temozolamida, Toxina Botulínica, Toxina Tipo A Clostridium Botulinum, Trastuzumabe, Xigris (Drotrecogina), Ziprasidona. Obs.: Esta relação está sujeita a alteração (inclusão ou supressão de itens) e posterior
09) Materiais cirúrgicos de Alto Custo	Materiais com valor igual ou superior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais).
10) OPME.	OPME's implantados cirurgicamente (todos)
11) Remoção terrestre.	Remoção inter-hospitalar

Os procedimentos que necessitam de autorização no Portal Web Ipref deverão ser solicitados com antecedência conforme os prazos abaixo, para que possa ser efetuada a análise pela Auditoria do IPREF:

- ü Exames laboratoriais em regime ambulatorial – 3 (três) dias
- ü Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial – 10 (dez) dias úteis
- ü Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) – 21 (vinte e um) dias úteis
- ü Atendimento em regime de hospital-dia - 10 (dez) dias úteis
- ü Atendimento em regime de internação eletiva - 21 (vinte e um) dias úteis

É importante ressaltar que cumprimos os prazos de atendimento estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde e por esse motivo, é imprescindível que os Credenciados solicitem as autorizações previamente com objetivo de atender aos beneficiários dentro do prazo legal.

Os custos e valores de tratamentos e outras despesas não passíveis de cobertura correrão por conta do beneficiário titular quando este fizer uso desses serviços, devendo haver prévio aviso e esclarecimento ao beneficiário e sempre com a sua concordância.

9. CONSULTAS MÉDICAS

As consultas médicas realizadas em consultórios, ambulatorios ou prontos-socorros, para fins de elegibilidade de acesso do beneficiário, deverão ser solicitadas eletronicamente, no Portal Web-IPREF-Saúde, <http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon> ou outro endereço que eventualmente venha a ser criado, com a devida comunicação ao Credenciado.

É considerada "consulta de retorno" o atendimento realizado ao mesmo paciente no prazo de 30 dias corridos, a contar do primeiro atendimento, desde que não seja patologia de CID (Código Internacional de Doenças) e/ou especialidade diversa da consulta anterior, estando as mesmas compreendidas no valor das Consultas Ambulatoriais, não sendo, portanto, objeto de remuneração à parte.

As consultas de Pronto Atendimento serão sempre remuneradas, não cabendo em hipótese alguma, o conceito de "consulta de retorno".

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP – CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

No caso de recém-nascidos de até 30 (trinta) dias, solicitar a carteira de assistência à saúde dos pais, a fim de verificar os seus direitos.

As guias deverão ser preenchidas corretamente, de forma legível, pois a falta de preenchimento dos campos, o preenchimento incorreto ou rasuras, acarretará em devolução e, conseqüentemente, o não pagamento, sem ônus adicional ao IPREF.

Ocorrendo necessidade de encaminhamento a outro profissional, ou de serviços complementares simples ou de rotina, o Credenciado deverá solicitá-los em guia padrão TISS, contendo carimbo com nome do médico, Registro no Órgão de Classe, assinatura e data, entregando a solicitação ao Beneficiário.

Para as cobranças de consultas e visitas médico-hospitalares, devem ser utilizados os seguintes códigos:

- 1.01.01.01-2 – Consulta em Consultório (no horário normal ou preestabelecido).
- 1.01.01.03-9 – Consulta em pronto-socorro.
- 1.01.02.01-9 – Visita hospitalar (paciente internado).

10. TERAPIAS AMBULATORIAIS

As consultas/sessões com acupuntura, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, deverão ser solicitadas no Portal Web IPREF, e serão autorizadas de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas conforme Agência Nacional de Saúde (ANS), sendo que o beneficiário deverá assinar a guia a cada atendimento realizado, devendo o atendimento ser confirmado no Portal Web IPREF.

As avaliações iniciais e as terapias deverão ser pré-autorizadas, mediante envio (anexo) de laudo inicial e plano de tratamento contendo o tipo e frequência das sessões, resultado esperado e prazo para reavaliação do tratamento proposto, devendo encaminhar relatório de evolução para análise da auditoria.

11. INTERNAÇÕES ELETIVAS

Para a realização de internações eletivas, há sempre a necessidade de solicitação de autorização prévia ao IPREF.

A solicitação de internação eletiva deverá ser acompanhada de: solicitação médica, relatório contendo a indicação precisa da necessidade da realização do evento, exames e/ou indicações médicas que concluíram pelo diagnóstico e demais documentos pertinentes exigidos em protocolo clínico específico, com data prevista para o procedimento, obedecendo o prazo estabelecido no item 8.

O beneficiário deverá entregar toda documentação relativa a internação eletiva ao hospital credenciado e apto a realização do procedimento. O hospital procederá à cotação de material/OPME, se necessário, e efetuará a solicitação da autorização para a internação eletiva através do Portal Web IPREF, devidamente documentada, para análise da auditoria do IPREF.

A realização de cirurgias eletivas obedecerá à lista de prioridades, organizada por critério de ordenamento de risco, idade, data do requerimento e parecer da Perícia Médica do IPREF.

12. INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A autorização da internação de urgência e emergência deverá ser solicitada obrigatoriamente via portal, até 24 horas da data da internação. Junto à solicitação da internação, deverá ser anexado o pedido médico com diagnóstico, CID, datado e assinado pelo médico responsável.

O pedido passará por análise da auditoria médica, e após liberação, a senha estará disponível para consulta/emissão da guia pelo Credenciado junto ao autorizador no Portal Web IPREF SAÚDE: <http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon> ou outro endereço que eventualmente venha a ser criado, com a devida comunicação ao Credenciado.

13. PRORROGAÇÕES DE INTERNAÇÕES

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

Permanecendo o beneficiário internado, antes de vencerem as diárias autorizadas na Guia Inicial, o hospital deverá solicitar a prorrogação, que deverá ser realizada através do Portal Web IPREF, acompanhado de justificativa médica da prorrogação, bem como o número de dias prováveis de permanência, com letra legível, conter nome do paciente, senha, carimbo do médico e data.

Para casos de internação psiquiátrica, o beneficiário terá direito a 30 dias de internação por ano, com autorização do IPREF com base em relatório circunstanciado das condições do paciente.

O vencimento da diária dar-se-á sempre às 10 (dez) horas, computando-se, para efeito de fechamento da conta hospitalar, o período compreendido entre a hora de entrada e a hora de saída, com tolerância de 02 (duas) horas, para a desocupação do leito.

14. ÓRTESES E PRÓTESES

O IPREF reserva-se o direito de avaliação e negociação prévia do material e seu valor.

Conforme preconiza resolução específica da ANS (RN nº 428, de 07 de novembro de 2017) e Resolução do CFM nº 1.956, de 2010, em cirurgias eletivas, obrigatório o envio prévio e detalhado pelo Credenciado da relação de materiais especiais (OPME), com a indicação de no mínimo 3 (três) diferentes opções de fabricantes.

A solicitação de OPME deverá ser realizada na solicitação do procedimento cirúrgico, ou seja, na guia de solicitação de internação, contendo data, carimbo e assinatura legíveis do médico assistente, com detalhamento dos materiais a serem utilizados no procedimento cirúrgico – quantidade e especificações técnicas.

O Hospital credenciado autorizado a realizar o procedimento, de posse da guia de solicitação do mesmo deverá realizar orçamento prévio com a indicação de no mínimo 3 propostas cotadas, dentre as quais será escolhida e autorizada a de menor valor. Toda a documentação deverá ser anexada via Portal Web IPREF para análise da auditoria, onde deverá ser obedecido os prazos constantes item 8

Itens autorizados e não utilizados, não serão remunerados.

Nas situações de urgência/emergência a comunicação do uso do material deverá ser feita sempre no primeiro dia útil subsequente ao evento, devendo a relação de materiais e demais documentações serem enviadas com a justificativa da adoção da alternativa eleita para avaliação pela auditoria do IPREF SAÚDE.

Nesses casos o Credenciado deverá encaminhar:

- Cópia do Relatório Cirúrgico ou relatório similar firmado por profissional responsável pelo ato ou relatório firmado por auxiliar de enfermagem/enfermeiro devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).
- Relação dos insumos e OPME utilizados no procedimento.

Os Materiais especiais, descartáveis serão remunerados somente quando não houver alternativa autoclavável/permanente, conforme normativa da ANVISA.

Para fim de auditoria do uso do material é necessário que a etiqueta do produto seja colocada em prontuário. A auditoria poderá solicitar imagens pós procedimento, descrição cirúrgica e controle de enfermagem de dispensação de materiais de sala cirúrgica.

15. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Os medicamentos considerados “especiais” e de alto custo, para uso ambulatorial ou no transcorrer de uma internação, quando cobertos, necessitam de autorização prévia.

Para solicitação de Medicamentos Especiais, será necessário a formalização da solicitação. Deverão ser enviados para análise prévia os laudos de exames que comprovem a pertinência técnica para uso dos medicamentos e prescrição médica com justificativa. Vale ressaltar que, uma vez autorizados pela Auditoria, caberá ainda a auditoria externa para validação de uso, mediante as evidências apresentadas em contas médicas e prontuário.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

Os medicamentos em gotas/ líquidos orais, serão pagos por mililitro mediante prescrição médica assinada, carimbada e checada pela enfermagem.

Os anestésicos em frasco-ampola serão pagos por mililitro conforme registro médico em Relatório Anestésico.

Os medicamentos administrados no transoperatório deverão estar descritos em folha de sala com assinatura do enfermeiro e/ou médico. Medicamentos anestésicos deverão estar descritos pelo médico anestesista em Relatório Anestésico;

Os medicamentos apresentados em frasco ampola serão pagos conforme prescrição médica. Levar em consideração a estabilidade do medicamento conforme indicação do fabricante. Medicamentos em ampolas serão pagos integralmente;

16. QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

Para a realização de quimioterapia e/ou radioterapia é obrigatório anexar à solicitação de autorização o relatório médico detalhado da patologia em questão, estadiamento clínico, tratamentos anteriores, associação com cirurgia e/ou radioterapia, descrição da idade, peso e altura do paciente, além do programa terapêutico proposto.

17. FATURAMENTO

Caberá ao Credenciado enviar toda a documentação comprobatória para análise da pertinência de procedimentos e OPME's que se fizerem necessários avaliação pela Auditoria Médica, tais como: laudos de exames, relatórios e solicitações médicas, imagens radiológicas (quando necessário), plano de tratamento com a proposta terapêutica completa, boletins anestésicos e descrição cirúrgica quando se tratar de procedimentos cirúrgicos já realizados.

Quando da existência de divergências médicas por ausência de maior comprovação científica, caberá ao Credenciado, quando solicitado, enviar literatura técnica-científica evidenciando a eficácia técnica e do produto a serem utilizados, a fim de permitir maior análise e discussão em torno do que está sendo solicitado. E ainda, poderemos propor a realização de perícia presencial, segunda opinião e possível junta médica, observando as normas vigentes.

O IPREF, conforme legislação vigente, poderá manter negativas de procedimentos que não constem do Rol de cobertura mínima, dos experimentais, dos materiais/medicamentos e OPME sem reconhecimento da ANVISA, medicamentos off label e aqueles procedimentos que possuam Diretrizes de Utilização (DUT) onde os critérios não sejam atendidos integralmente, bem como, diante de divergências médicas onde não seja possível verificar a indicação precisa após análise de toda documentação pertinente, de avaliação de 2ª opinião e ainda por Junta Médica.

As sessões de terapias poderão ser faturadas em guia única, apresentando-se na própria Guia SP/SADT. Deverá ser consignado na guia de atendimento data e assinatura do beneficiário a cada atendimento realizado, bem como deverá ser confirmado o atendimento no Portal Web IPREF. Divergências entre a guia física e a confirmação do atendimento efetuado no Portal Web IPREF acarretará glosa.

O período de permanência de internação do beneficiário e a decorrência dos efeitos dessa, tais como atos médicos e suas consequências administrativas, bem como Day Clinic, Quimioterapias, Radioterapias e Hemodiálises, podem ser auditadas pelo IPREF de forma direta ou indireta, podendo ser in loco, pela auditoria do IPREF.

As auditorias in loco são previamente agendadas entre o credenciado e a auditoria apresentada pelo IPREF.

Para auditoria de contas in loco é imprescindível a apresentação ao auditor das autorizações efetuadas pelo IPREF, bem como prontuário completo do beneficiário e demais documentos que comprovem a realização dos procedimentos cobrados pelo Credenciado.

Após a finalização do trabalho de auditoria, para cada conta médica deverá ser preenchido o formulário (capeante) com as informações das glosas apontadas pela auditoria, com a liberação do valor a ser pago e devidas assinaturas pertinentes, bem como a conta limpa.

O credenciado deverá enviar corretamente o faturamento de suas contas tanto físicas quanto eletrônicas.

17.1. Limite para Apresentação das Guias

As guias dos atendimentos realizados deverão ser entregues para cobrança em até 60 (sessenta) dias a contar da data do atendimento. Entregas efetuadas após esse prazo estarão passíveis de glosas e aplicação da legislação em vigor.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

17.2. Documentação de envio de faturamento e Cronograma de Pagamento

O credenciado deverá enviar o faturamento eletrônico/físico (com capeante) bem como anexar a Nota fiscal no Portal Web-IPref, conforme Cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível na área restrita do Credenciado, que poderá ser acessado através do site www.iprefguarulhos.sp.gov.br.

O credenciado deverá enviar:

- ü Uma via das guias correspondentes aos serviços prestados no período.
- ü Documentação complementar cabível (relatório médico, fatura hospitalar completa, detalhamento de materiais e medicamentos).

ü O faturamento em lotes de no máximo 100 guias, em ordem alfabética e com a relação dos beneficiários atendidos, totalizando as guias individualmente com somatória final.

Para o cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o Credenciado deve considerar os valores-base negociados e descritos na tabela contratada junto ao IPREF, na data da prestação dos serviços.

Só serão aceitas para processamento e pagamento aquelas faturas de serviços e/ou internações concluídas ou atendidas em até 60 dias da data do atendimento ou alta.

Como possibilidade prevista na TISS, todos os procedimentos e itens de cobrança envolvendo os pacotes contratados, os materiais e medicamentos, devem ser discriminados individualmente na interface eletrônica, utilizando-se as codificações e descrições previstas nos contratos estabelecidos e, notadamente no caso de materiais e medicamentos, as descrições das tabelas comerciais Simpro e Brasíndice.

As notas fiscais eletrônicas deverão ser emitidas e anexadas na área restrita do Credenciado no Portal Web-IPREF, conforme Cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível no Portal do Credenciado, obrigando-se, devendo ser enviados, ainda, junto com a nota fiscal, os documentos que atestem a regularidade fiscal e trabalhista para o processamento do pagamento da despesa.

É de responsabilidade do Credenciado manter atualizado o seu cadastro para fins de retenções fiscais (IRRF, ISS, INSS, etc).

18. GLOSAS E RECURSOS

Ao receber o faturamento, o IPREF efetua auditoria das contas pelas equipes administrativas e técnica, que validarão ou não as contas.

Uma vez realizada a glosa pelas equipes de auditoria, o IPREF disponibilizará o relatório de glosas através do Portal Web IPREF para consulta, a partir do pagamento da fatura.

A partir da data da disponibilização do relatório de glosa no Portal Web IPREF pelo IPREF, o Credenciado terá o prazo de 30 dias corridos para recursá-la, em não o fazendo, assumirá a exatidão das glosas.

O recurso de glosa deverá ser apresentado de forma detalhada e fundamentada, mantendo sempre o mesmo grau de detalhamento e discriminação dos

Caso o Credenciado concorde apenas parcialmente com a proposta de glosa, deverá proceder o recurso de glosa, de forma detalhada e fundamentada, mantendo sempre o mesmo grau de detalhamento da proposta de glosa apresentada, a discriminação dos itens recusados à glosa, através do Portal Web IPREF.

19. FORMULÁRIOS

O IPREF poderá efetuar o descredenciamento, por justa causa, garantido o direito ao contraditório e ampla defesa, independentemente do aviso prévio de 30 dias, nas seguintes hipóteses:

- ✓ Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;
- ✓ Infração comprovada às normas sanitárias em vigor;
- ✓ Alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto contratual;
- ✓ Liquidação extrajudicial, decretação de concordata ou falência;
- ✓ Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado: Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência;
- ✓ Não cumprimento de qualquer cláusula do contrato;
- ✓ Alteração da finalidade inicial para a qual se credenciou junto ao IPREF SAÚDE



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

- ✓ Reincidência, após ser notificado pelo IPREF SAÚDE, na execução de serviços para o qual não esteja autorizado e credenciado para executar;
- ✓ Cassação do registro pelo Conselho Regional;
- ✓ Cobrança de quantias suplementares aos beneficiários, a título de diferença de honorários quanto não autorizado pelo IPREF SAÚDE.

Oficializado o descredenciamento, o profissional ou a entidade ficam impedidos de realizar novas cobranças referentes aos atendimentos a partir da data de oficialização do descredenciamento, devendo apresentar, imediatamente, a relação daqueles que estiverem em tratamento;

NOTA:

No prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento da comunicação de descredenciamento, devem ser concluídos os tratamentos até então iniciados, bem como apresentação de contas.

No caso de paciente cujo tratamento ultrapasse os 30 (trinta) dias, quando do encerramento da fatura, o credenciado deverá fornecer o histórico clínico com a situação atual do paciente e previsão de conclusão do tratamento.

21. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Nos termos da legislação vigente, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos das coberturas obrigatórias deste plano de saúde, os seguintes procedimentos:

- I – Os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- II - Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências dispostas no art. 30.
- III - os valores excedentes às Tabelas e Preços Contratados pelo IPREF, inclusive aqueles referentes a honorários médicos, materiais e taxas hospitalares;
- IV – Despesas não contratadas pelo IPREF autorizadas pelo beneficiário;
- V - As despesas de hospital, após a alta dada pelo médico assistente;
- VI - Os serviços de enfermagem de origem particular, tanto para hospital quanto para domicílio;
- VII - As refeições de acompanhante, exceto nos casos de paciente menor que 18 anos e maior que 60 anos;
- VIII - os extraordinários de contas hospitalares, telefonemas de toda natureza, refeições não prescritas no tratamento, refrigerantes, objetos de higiene
- IX – Taxas e Diárias e Materiais/Medicamentos não definidos em normativo e contratos do IPREF e também os não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- X - Despesas oriundas de procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como para aquisição de OPME's para o mesmo fim, exceto se originadas da assistência à saúde prestada com a finalidade de reparação de função, entendendo-se por reparação de função aquelas intervenções médicas inclusive cirurgia buco-maxilo facial, em órgãos ou membros que sofreram traumas e queimaduras, decorrentes de acidentes pessoal ou sequelas por doença maligna;
- XI – Cirurgias reparadoras com cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento, desde que após 5 (cinco) anos do evento cirúrgico primário;
- XII - tratamento dentário e aparelhos odontológicos;
- II – fornecimentos de medicamentos e materiais nacionais e/ou importados nacionalizados ou não nacionalizados, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou ANS, ou que não possuem as indicações descritas na respectiva bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label) assim como os medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC, e/ou que não estejam incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- XIII - consultas ou serviços médicos domiciliares;
- XIV – medicamentos, gasoterapia ou materiais para internação domiciliar, exceto nos casos previstos neste regulamento e desde que incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- XV - Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e suas consequências, cirurgias não éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial, assim como os exames e medicamentos utilizados para tal finalidade e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;
- XVI - tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

XVII - enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

XVIII - cirurgias plásticas que não sejam restauradoras em função de sequelas de doença maligna e decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigência da Assistência à Saúde. Não terá cobertura os tratamentos cirúrgicos para displasia mamária e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer internações e tratamentos por motivo de senilidade, rejuvenescimento, emagrecimento e finalidade estética, em suas várias modalidades;

XIX - qualquer procedimento realizado fora do território nacional;

XX - quaisquer despesas hospitalares e afins quando solicitadas/utilizadas por iniciativa do Beneficiário/paciente ou seu responsável não previstas/relacionadas ao evento coberto e/ou não prescritas pelo médico assistente, assim como em casos de internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar ou em estabelecimentos para acolhimento de idosos, bem como tratamentos em clínicas de emagrecimento, hotéis, pensões, SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais, clínicas de acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos e quaisquer outras despesas realizadas em clínicas para acolhimento de pessoas para tratamentos de repouso, de recuperação física ou mental;

XXII - casos de cataclismos, epidemias, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XXIII - check-up preventivo;

XXIV - internações para tratamentos com medicamentos homeopáticos;

XXVI - Balão Intragástrico ("BIB" sigla em Inglês);

XXVII - reincidência ou nova cirurgia bariátrica em razão de acidente ou descuido do paciente em relação às regras de manutenção do pós cirúrgico, independente do tempo transcorrido;

XXVIII - remoção de pacientes, exceto nos casos autorizados neste Regulamento;

XXIX - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, assim entendido como calçados ortopédicos, palmilhas, óculos, lentes de contato, pernas ou braços mecânicos e similares;

XXXI - transplantes de órgãos e tecidos, exceto os previstos Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,

XXXII - lentes intraoculares importadas;

XXXIII - mensalidade ou custos de educação em escolas para pacientes portadores de necessidades especiais.

XXXIV - acomodações hospitalares ou clínicas em padrões diferentes do estabelecido neste regulamento;

XXXV - reembolso de despesas médico-hospitalares não previstas em lei e/ou no âmbito da abrangência deste Regulamento e/ou não previstos Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;

XXXVI - cirurgias refrativas, observado o âmbito da abrangência deste Regulamento e/ou não previstos Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;

XXXVII - imobilizadores ortopédicos em substituição ao gesso;

XXXVIII - despesas com funeral;

XXXIX - procedimentos realizados sem autorização prévia previstos nas tabelas e coberturas do IPREF, que tenham tal exigência;

XL - exames de verificação de paternidade;

XLI - colchões ortopédicos ou magnetizados ou similares;

XLII - cobertura de vacinas de qualquer espécie;

XLIII- intervenções com finalidade contraceptiva que não prevista na legislação de saúde e no Rol da ANS;

XLIV- lentes externas para qualquer deficiência visual;

XLV- suplementos alimentares;

XLVI- reembolso ou pagamento de procedimentos, exames, tratamentos ou internações realizadas no exterior;

XLVII- tratamento da obesidade, exceto aquelas definidas nas diretrizes do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento; e

XLVIII- transporte ou deslocamento do Beneficiário da residência ou do local não caracterizado como estabelecimento de saúde para um serviço de saúde credenciado ou não.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - IPREF
Rua do Rosário, 226 – V. Camargos – Guarulhos/SP - CEP 07111-080 - fone (11) 2461-6363

DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS - CNPJ Nº: 52.373.396/0001-16

CONTRATADA: FISIO LIFE FISIOTERAPIA EIRELI - CNPJ 19.181.113/0001-69

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DATA DA ASSINATURA: terça-feira, 24 de junho de 2025.

VIGÊNCIA: 60 (sessenta) meses

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE FISIOTERAPIA

VALOR TOTAL: R\$ 6.981,77

Declaro, na qualidade de responsável pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Guarulhos, terça-feira, 24 de junho de 2025.

[Redacted signature area]

DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA RESPONDENDO CUMULATIVAMENTE PELA PRESIDÊNCIA

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]