



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: 138/2026

### 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 por sua Presidente, Sra. [REDACTED]

**CONTRATADA:** CLÍNICA MÉDICA AMINO, inscrita no C.N.P.J. 05.693.889/0001-53, localizado a RUA TEIXEIRA DA SILVA, 34, CONJ. 32, PARAÍSO, SÃO PAULO/SP, CEP: 04002-030, neste ato representada por [REDACTED] MÉDICA, CASADA portador(a) da cédula de identidade RG [REDACTED] 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:

### DO OBJETO

**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 BENEFICIÁRIOS



Assinado Digitalmente por Credenciamento - B891-V3AJ-3U54-474J





**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](http://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 reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas na legislação (art. 116, da Lei n.º 14.133, de 2021).



Handwritten signature in blue ink, consisting of a long, sweeping line that curves downwards and to the right, ending in a small, stylized flourish.





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 no que tange à guarda, 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 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.

**§09º.** 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. Carnargos – 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 **CRENCIADO**, 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 138/2026, 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\$ 284.386,05 (duzentos e oitenta e quatro mil e trezentos e oitenta e seis reais e cinco 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.

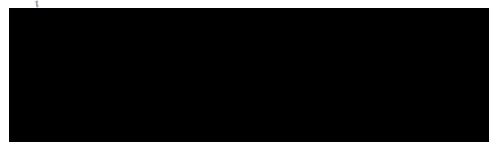
Guarulhos, quinta-feira, 05 de março de 2026.

**CONTRATANTE**

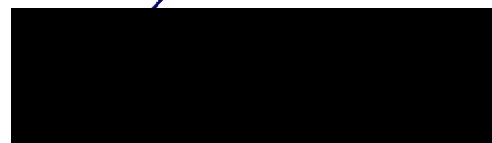


**CUMULATIVAMENTE PELA PRESIDÊNCIA**

**CONTRATADO**



**SÓCIA**



**CPF**



**ANEXO VI****SERVIÇOS CONTRATADOS****CONSULTAS**

|          |                                                                             |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 10101012 | Consulta em consultório (horário normal ou preestabelecido) em Dermatologia | R\$ 65,00 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|

**PROCEDIMENTOS/EXAMES CONTRATADOS**

- Teste cutâneo – poeira
- Teste cutâneo – Alimentos
- Teste cutâneo – Fungos
- Teste cutâneo alérgico – Insetos
- Teste cutâneo – Pólen
- Teste cutâneo – Epitelis animais
- Testa da histamina
- Provas imuno alérgicas – para fungos
- Provas imuno alérgicas – para bactérias
- Teste de contato – até 30 substâncias
- Teste de contato – por substância
- Teste de contato – fotossensibilização
- Imunoterapia específica
- Imunoterapia inespecífica
- Medida de pico fluxo expiratório
- Medida de pico seriada 3 semanas
- Teste cutâneo alérgico látex
- Teste contato regional
- Teste contato cosméticos
- Teste contato capilar
- Teste contato unhas
- Teste contato medicamentos
- Teste contato ocupacional
- Demais SADTs da especialidade

**PACOTES CONTRATADOS**

| CÓDIGO PACOTE                                                  | DESCRIÇÃO                                                | VALOR      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------|
| 9.70.25.13-4                                                   | PACOTE TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA ALERGENOS DA POEIRA | R\$ 151,98 |
| 9.70.25.13-5                                                   | PACOTE TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA ALIMENTOS           | R\$ 151,98 |
| 9.70.25.13-7                                                   | PACOTE TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA FUNGOS              | R\$ 151,98 |
| 9.70.25.14-0                                                   | PACOTE TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA INSETOS HEMATOFAGOS | R\$ 151,98 |
| 9.70.25.14-1                                                   | PACOTE TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA POLENS              | R\$ 151,98 |
| 9.70.25.14-3                                                   | PACOTE TESTES CUTANEOS DE CONTATO (PATCH TESTS)          | R\$ 247,80 |
| 9.70.25.16-5                                                   | PACOTE TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA COSMETICOS          | R\$ 247,80 |
| Composição: Taxa, Material, Medicamentos e Honorários Médicos. |                                                          |            |

**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 POLICLÍNICAS/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 Médica
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 tráfego
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. Diagnose 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<br>(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<br>Esofagogastroduodenoscopia) | 28. USG Doppler Colorido de Órgãos ou<br>Estruturas                            |
| 13. Espirografia                                                                | 29. USG Doppler Colorido Venoso de MMII e/ou<br>MMSS                           |
| 14. Espirometria                                                                | 30. Urodinâmica Completa                                                       |
| 15. Exames Dermatológicos                                                       | 31. Urofluxometria                                                             |
| 16. Exames Fonoaudiológicos                                                     |                                                                                |

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, tanto sob a 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 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.



CHS



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 (50minutos)                                             | R\$ 65,00  |
| 50000080        | Sessão individual ambulatorial, em terapia ocupacional (50minutos)                                               | 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 (50minutos)                                                                               | R\$ 65,00  |
| 50000470        | Sessão de psicoterapia individual por psicólogo (50minutos)                                                      | 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 (50minutos)                                                   | 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 por 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 5ª ED-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                                                                  | R\$ 35,11  |
| 10 | TAXA DE SALA | 2535         | 60024313 | ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ENCOENDOCÓPIA COM VIDEO, POR USO                                        | R\$ 69,04  |
| 10 | TAXA DE SALA | 2540         | 60024364 | ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA SEM VIDEO, POR USO                                        | R\$ 69,04  |
| 10 | TAXA DE SALA | 3579         | 60027185 | INSTALACAO DO SORO - IRRIGAÇÃO CONTINUA                                                                           | R\$ 43,15  |
| 10 | TAXA DE SALA | 2848         | 60027444 | ALUGUEL / TAXA DE MICROSCOPIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, POR USO                                                    | R\$ 21,86  |
| 10 | TAXA DE SALA | 3475         | 60033711 | TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA/OS, ATÉ 12 HORAS                                                            | R\$ 70,66  |
| 10 | TAXA DE SALA | 3645         | 90053648 | TAXA DE VIDEO                                                                                                     | R\$ 266,87 |
| 11 | DIARIA       | 120          | 60000163 | DIÁRIA COMPACTA HOSPITAL DIA ENFERMARIA                                                                           | R\$ 135,25 |
| 11 | DIARIA       | 3573         | 60000856 | DIÁRIA DE QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO SEM BANHEIRO PRIVATIVO                                                   | R\$ 69,04  |
| 11 | DIARIA       | 3629         | 60034424 | DIÁRIA HOSPITAL DIA - DAY CLINIC                                                                                  | R\$ 103,56 |
| 12 | TAXAS        | 1642         | 60015381 | TAXA DE APLICACAO DE QUIMIOTERAPIA, POR USO/SESSÃO                                                                | R\$ 63,09  |
| 12 | TAXAS        | 3644         | 60016380 | TAXA DE TROCA/RETIRADA DE PORTH A CATH                                                                            | R\$ 18,42  |
| 12 | TAXAS        | 1742         | 60016388 | TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GDE ONCOLOGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI UTI E DO CENTRO CIRURGICO | R\$ 28,19  |



|    |              |      |          |                                                                                                                     |            |
|----|--------------|------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 12 | TAXAS        | 1838 | 60017341 | TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO ONCOLOGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO | R\$ 17,92  |
| 12 | TAXAS        | 1946 | 60018429 | TAXA POR UNIDADE DE PEQUENO ONCOLOGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO        | R\$ 15,44  |
| 12 | TAXAS        | 3660 | 60022965 | TAXA DE SALA/SESSÃO INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO                                                                            | R\$ 28,77  |
| 12 | TAXAS        | 2480 | 60023767 | UTILIZACAO DE BANDEJA DE TRAQUEOSTOMIA                                                                              | R\$ 16,29  |
| 12 | TAXAS        | 2493 | 60023899 | UTILIZACAO DE BANDEJA PARA RETIRADA DE PONTOS                                                                       | R\$ 37,97  |
| 12 | TAXAS        | 2788 | 60026847 | TAXA DE FERULA ORTOPEDICA, 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 MEDIO                                                                                  | R\$ 12,78  |
| 12 | TAXAS        | 3506 | 60034025 | TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO                                                                                | R\$ 9,42   |
| 13 | GASES        | 2937 | 60028335 | AR COMPRIMIDO COM OXIGENIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, POR HORA                                                       | R\$ 6,49   |
| 13 | GASES        | 2956 | 60028521 | NITROGENIO, POR HORA                                                                                                | R\$ 28,38  |
| 13 | GASES        | 3514 | 60034335 | OXIGENIO, POR HORA                                                                                                  | R\$ 9,81   |
| 15 | APLICACAO    | 1633 | 60015292 | TAXA DE APLICACAO DE INJEÇÃO EV, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO, 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  |

Assinado Digitalmente por Credenciamento - B891-V3AJ-3U54-474J

### 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 RENAIAS                           | 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 | R\$ 215,17 |
| 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 COLANGIOPANCREATOGRÁFIA 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 COLÂNGEO | 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\$ 354,41 |

**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 |
|---------------|-----------|-------|
|---------------|-----------|-------|



|                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>9.70.25.05-7</b>                                                                                                                                                                        | <b>PACOTE DE HEMODIÁLISE AMBULATORIAL – PACIENTE SORO POSITIVO</b> | <b>R\$ 415,00</b> |
| <b>Composição:</b> Acompanhamento médico, taxa de sala, orientação ao paciente, honorários médicos, materiais e taxas. Tempo previsto sessão: 04 horas<br>Sessões: 12 a 14 sessões mensais |                                                                    |                   |

| CÓDIGO PACOTE                                                                                                                         | DESCRIÇÃO                                                                              | VALOR               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>9.70.25.05-9</b>                                                                                                                   | <b>PACOTE DE DIÁLISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) 9 DIAS DE TREINAMENTO</b> | <b>R\$ 1.392,32</b> |
| <b>Composição:</b> 9 Dias de Treinamento; Instruções de manipulação dos produtos e cuidados específicos; Média 36 conjuntos de troca. |                                                                                        |                     |

| CÓDIGO PACOTE                                                                                                                                              | DESCRIÇÃO                                                        | VALOR               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>9.70.25.06-0</b>                                                                                                                                        | <b>PACOTE DE DIALISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)</b> | <b>R\$ 4.050,37</b> |
| <b>Composição:</b> Conjunto de trocas entregues na residência do paciente, orientação ao paciente pela clínica, honorários médicos. Média: 150 trocas/mês. |                                                                  |                     |

| CÓDIGO PACOTE                                                                                                                                                                                                      | DESCRIÇÃO                                                                | VALOR               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>9.70.25.06-1</b>                                                                                                                                                                                                | <b>PACOTE DE DIALISE PERITONIAL AUTOMÁTICA (DPA ou CAPD) TREINAMENTO</b> | <b>R\$ 1.392,32</b> |
| <b>Composição:</b> 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 treinamento. |                                                                          |                     |

| CÓDIGO PACOTE                                                                                                                                                                                                                                   | DESCRIÇÃO                                                    | VALOR               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>9.70.25.06-2</b>                                                                                                                                                                                                                             | <b>PACOTE DE DIALISE PERITONIAL AUTOMÁTICA (DPA ou CAPD)</b> | <b>R\$ 4.176,95</b> |
| <b>Composição:</b> 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             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|
| <b>9.70.25.30-0</b>                                                                          | <b>PACOTE HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)</b> | <b>R\$ 630,00</b> |
| <b>Composição:</b> HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXA DE SALA E EQUIPAMENTOS. |                                                |                   |

#### OFTALMOLOGIA

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

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

| CÓDIGO PACOTE       | DESCRIÇÃO                                                            | VALOR               |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>9.70.25.09-9</b> | <b>PACOTE DE CIRURGIA DE PRK (CIRURGIA DE MIOPIA E ASTIGMATISMO)</b> | <b>R\$ 1.093,60</b> |



**Composição:** Honorário Cirurgião, Anestesiista, Instrumentadora, Internação, 01 diária, taxas, materiais, medicamentos)

| CÓDIGO PACOTE | DESCRIÇÃO                                            | VALOR        |
|---------------|------------------------------------------------------|--------------|
| 9.70.25.10-0  | PACOTE DE CIRURGIA REFRATIVA - TIPO LASIK (POR OLHO) | R\$ 1.093,60 |

**Composição:** Honorário Cirurgião, Anestesiista, 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, Anestesiista, 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, anestesiista, instrumentador, internação, taxas, materiais, medicamentos, 01 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, Anestesiista, 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 Eylia 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 Anestesiista. **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                          | R\$ 7.245,11 |

**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.

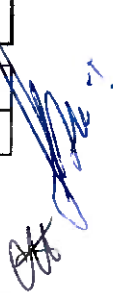
| CÓDIGO PACOTE | DESCRIÇÃO                                                                      | VALOR        |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 9.35.01.21-8  | PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + FACECTOMIA COM 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 |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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\$ 2.706,66 |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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   |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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 |
| <b>Composição:</b> 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   |
| <b>Composição:</b> 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 + RETINOPLAXIA + 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 RETINOPLAXIA PNEUMÁTICA + 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 PÁPILO | 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 – PREPUCIAL | 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<br>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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 |
| <b>COMPOSIÇÃO:</b> 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 amniocente); 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 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     |
|---------------|------------------------------------------------------|-----------|
| 9.70.25.08-5  | 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 N° 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:** CLÍNICA MÉDICA AMINO, inscrita no C.N.P.J. 05.693.889/0001-53, localizado a RUA TEIXEIRA DA SILVA, 34, CONJ. 32, PARAÍSO, SÃO PAULO/SP, CEP: 04002-030, neste ato representada por Sr(a). CRISTINA MIKA AMINO WATANABE, nacionalidade BRASILEIRA, MÉDICA, CASADA portador(a) da cédula de identidade RG nº 23.059.495-5 S, e inscrito(a) no C.P.F sob nº 281.291.468-86, 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 Brasíndice.

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 toda a despesa desses 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.faciinformatica.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 transopertoria 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 - B891-V3AJ-3U54-474J



**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. | <p>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: Acetado 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 Nacocristalina, 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, Idarrubidina (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.</p> <p>Obs.: Esta relação está sujeita a alteração (inclusão ou supressão de itens) e posterior</p> |
| 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:

- Exames laboratoriais em regime ambulatorial – 3 (três) dias
- Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial – 10 (dez) dias úteis
- Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) – 21 (vinte e um) dias úteis
- Atendimento em regime de hospital-dia - 10 (dez) dias úteis
- 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, consequentemente, 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 da 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 é 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 e 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 à 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 a 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 canteiro) 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](http://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 possuam 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.

Assinado Digitalmente por Credenciamento - B891-V3AJ-3U54-474J



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

**ANEXO\_LC-01 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO  
(CONTRATOS)**

**CONTRATANTE:** INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS

**CONTRATADO:** CLÍNICA MÉDICA AMINO

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**OBJETO:** PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT) E CONSULTA NA ÁREA DE DERMATOLOGIA.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**Estamos CIENTES de que:**

- a) O ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (<https://doe.tce.sp.gov.br/>), em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) As informações pessoais dos responsáveis pela contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2024, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
- e) É de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

**Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, quinta-feira, 05 de março de 2026.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE/ RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO/ ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:**

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

**RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:**

Pelo contratante:

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

**SÓCIA**

**GESTOR(ES) 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

**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: CLÍNICA MÉDICA AMINO - CNPJ 05.693.889/0001-53**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**DATA DA ASSINATURA: quinta-feira, 05 de março de 2026.**

**VIGÊNCIA: 60 (sessenta) meses**

**OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT) E CONSULTA NA ÁREA DE DERMATOLOGIA.**

**VALOR TOTAL: R\$ 284.386,05**

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, quinta-feira, 05 de março de 2026.**



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

