



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

CHAMADA PÚBLICA
Nº 00002/2020 – FMS-PMBEX

COMPLEMENTAÇÃO
DA DOCUMENTAÇÃO:
SOS OFTALMO –
CLINICA
OFTALMOLOGICA S/S
LTDA, CNPJ:
15.819.184/0001-93

BANCO (Código): 001 AGÊNCIA (Código): 3204-2 PRAÇA: _____
BANCO (Nome): BB CONTA CORRENTE: 340573
do Banco do
Brasil

JOAO PESSOA, 07 DE JULHO DE 2020

Leonardo Feitosa Filho

Leonardo F. Feitosa Filho
Oftalmologista
CRM-PB 6783

(assinatura do declarante) Nome ou carimbo do declarante:

Leonardo Feitosa Filho
Oftalmologista
CRM-PB 6783

Cargo ou carimbo do declarante: _____
Nº da cédula de identidade e órgão emitente: 2668832 SSP PB
Telefone, fax e e-mail para contato: andruafeitosa84@hotmail.com

 **Santiago Pereira** Av. Liberdade, 3435 - Bayeux
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL Paraiba - CEP: 58305-000
Fone: (83) 3232-1781

AUTENTICAÇÃO Nº: 2020-002878

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Bayeux - PB: 10/07/2020 14:04:38

ENOL: R\$2,56 FEP: R\$0,51 FARPEN: R\$0,10 ISS: R\$0,13

SELO DIGITAL: AKD99863-MW7W
Confira a autenticidade em <https://smlodigital.tjpb.jus.br>

Paulo Roberto Borges Santiago
PAULO ROBERTO BORGES SANTIAGO - ESCRIVÃO



X

RS
RS

ANEXO II – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/PROFISSIONAL:

Nome ou Razão social CRP n°: CNPJ ou CPF:

SOS OFTALMO - CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA
CNPJ: 15.819.184/0001-93

1.1. ENDEREÇO:

1.2. AV São Gonçalo, 175 – Manaíra – Joao pessoa/PB

1.3. Telefone Celular: (83) 4141-1331 / 3247-6157

1.4. Fax E-mail: contato@sosoftalmo.com

2. TITULARES (sócios ou representantes legais da empresa):

Nome: Leonardo Falcao Feitosa Filho,

Formação: Medico Oftalmologista RG: 2668832 e CPF: 048.323.494-06

Nome: Andrea Santiago Pereira Feitosa

Formação: Medico Oftalmologista Identidade: 2668822 e CPF:053.1412.674-00

3. QUADRO TÉCNICO PROFISSIONAL

Nome: Leonardo Falcao Feitosa Filho,

Formação: Medico Oftalmologista

Identidade: 2668832

CPF: 048.323.494-06

Telefone: (83) 3247-6157

Celular: (83) 9 9106-7978

Nome: Andrea Santiago Pereira Feitosa

Formação: Medico Oftalmologista

Identidade: 2668822

CPF: 053.1412.674-00

Telefone: (83) 3247-6157

Celular: (83) 99382-2385



4. DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

Especialidade: oftalmologia (catarata, glaucoma, Retina)
Período Matutino: 08h - 12:00 horas.
Período Vespertino: 14h - 18h horas.
Total de dias por semana: 02 vezes por semana
Total de horas mensais: 64 horas mensais

5. DECLARAMOS, sob as penas da lei, que:

- recebemos os documentos que compõem o Edital e tomamos conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento;
- as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras, bem como que concordamos com os termos do edital e seus anexos;
- temos ciência da obrigatoriedade de declarar qualquer fato superveniente impeditivo do credenciamento, e;
- que possuímos condições de cumprir as exigências mínimas, para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos físicos e tecnológicos; Vimos requerer, mediante a presente, o credenciamento, em conformidade com o Edital divulgado.



LEONARDO FALCAO FEITOSA FILHO
CNPJ: 15.189.184/001-93

Assinatura do Representante Legal
Joao Pessoa/PB

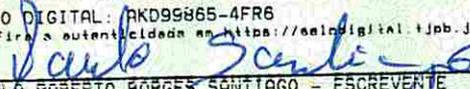


Santiago Pereira
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Av. Liberdade, 54 - Bayeux
Paraitibe - CEP: 8305-000
Fone: (83) 3332-1786

AUTENTICAÇÃO Nº: 2020-002680

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunha da verdade.
Bayeux - PB, 10/07/2020 14:54:38

EMOL: R\$2,56 FEPJ: R\$0,51 FRRPEN: R\$0,30 ISS: R\$0,13
SELO DIGITAL: AKD99865-4FR6
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PAULO ROBERTO BORGES SANTIAGO - ESCRIVENTE

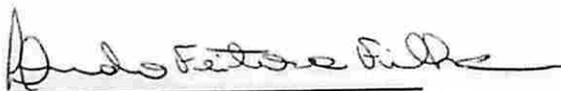
AV. São Gonçalo Nº 175 - Manaíra - João Pessoa/PB
(83) 4141-1331 / 3247-6157



ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÕES

SOS OFTALMO - CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA portadora do CNPJ: 15.819.184/0001-93 sediada/residente AV, SÃO GONÇALO, 175 – MANAIRA – Joao Pessoa/PB , por intermédio de seu representante legal, infra-assinado, e para os fins do credenciamento n.º 0002/2020, DECLARA expressamente que: a) não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e nem menores de dezesseis anos de idade em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos; b) não possuir dirigentes ou responsáveis técnicos que ocupem ou tenham ocupado cargo de direção, assessoramento superior, assistência, intermediária, cargo efetivo ou emprego na Prefeitura Municipal de BAYEUX, Estado da Paraíba ou em qualquer órgão ou entidade a eles vinculados, nos últimos 60 (sessenta) dias corridos, anteriores à data da publicação do Aviso deste Edital; c) não estarem impedidas de licitar, contratar e/ou transacionar com a Administração Pública; d) não ter sido declarada inidônea por ato da administração; e) que não se enquadre nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993; f) autoriza a comissão permanente de licitação da Prefeitura de BAYEUX a proceder diligencia visando a comprovação de informações prestadas;

JOAO PESSOA, 07 DE JULHO DE 2020



LEONARDO FALCAO FEITOSA FILHO

Leonardo F. Feitosa Filho
Oftalmologista

Nome ou carimbo do declarante:

Cargo ou carimbo do declarante:

Nº da cédula de identidade e órgão emitente:

Telefone, fax e e-mail para contato:

CRM-PB 6783
Diretor do SOSoftalmo (Médico Oftalmologista)
2668832-55PPB
anahiafeitosa84@hotmail.com
contato@sosoftalmo.com



Santiago Pereira
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
RUTENTICAÇÃO No. 2020-002581

Av. Liberdade, 335 - 5º andar - Centro - Joao Pessoa - PB - CEP: 58305-000
Fone: (83) 3242-7786

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
BAYEUX - PB. 10/07/2020 14:54:39

ENOL: R\$2,56 FEFJ: R\$0,51 ERPEN: R\$0,10 ISS: R\$0,13
SELO DIGITAL: AKD99866-YSDJ
Confira a autenticidade em <https://anodigital.tjpb.jus.br>

Selo Digital
PAULO ROBERTO BORGES SANTIAGO - ESCRIVENTE

№ 175 - Manairá - João Pessoa/PB
141-1381 / 3247-6157




ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA ATENDIMENTO Declaro para os devidos fins a Disponibilidade de atendimento aos pacientes compreendidos na cidade de BAYEUX-PB, de acordo com o termo de referência e nos horários definidos no requerimento de credenciamento:

JOAO PESSOA, 07 DE JULHO DE 2020

SOS OFTALMO - CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA CNPJ: 15.819.184/0001-93



LEONARDO FALCAO FEITOSA FILHO



AV. São Gonçalo Nº 175 - Manaíra - João Pessoa/PB
(83) 4141-1331 / 3247-6157



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
FMJ
FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE

O Diretor da FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação, confere a

Andrea Santiago Pereira Feitosa

o título de Médico e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juazeiro do Norte, 19 de dezembro de 2008.

M. Blasto
Secretária Geral

Andrea Santiago P. Feitosa
Diplomado

Amorim
Diretor Geral



Santiago Pereira

SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
AUTENTICACAO No. 2020-002983

Av. Liberdade, 300 - Juazeiro do Norte - Paraíba - CEP: 58300-000
Fone: (33) 3327-8600



Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunha da verdade.
Bayeux - PB, 18/07/2020 14:04:41

EMOL: R\$2,56 FEPJ: R\$0,51 FAPPEN: R\$0,30 ISS: R\$0,13

SELO DIGITAL: AKD99868-DDDV

Confira a autenticidade em <https://se digital.tjpb.jus.br>

Paulo Roberto Borges Santiago

PAULO ROBERTO BORGES SANTIAGO - ESCRIVENTE



Certificado

Certificamos que **Dra. Andréa Santiago Pereira Feitosa**, CRM/PE nº:18326, CPF nº: **053.412.674-00**, concluiu o Curso de Especialização em Oftalmologia da Fundação Altino Ventura, com carga horária de **2880 horas anuais**, no período de 01/02/2010 a 31/01/2013.

Santiago Pereira
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
 AUTENTICACAO No. 2020-002884

Av. Liberdade, 3435 - Bayeux
 Paraíba - CEP: 58305-000
 Fone: (83) 3232-1786

RECIFE, 31 de janeiro de 2013

Certifico que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
 BAYeux - PB, 10/07/2020 14:04:42

ENCL: R\$2,56 FEPJ: R\$0,51 FRAPEN: R\$0,10 ISS: R\$0,13

SELO DIGITAL: AN099869-L1NV
 Confira a autenticidade no site: <http://asiodigital.tjpb.jus.br>

Paulo Roberto Borges Santiago
 PAULO ROBERTO BORGES SANTIAGO - ESCRIVENTE

[Handwritten Signature]

Dr. Marcelo Ventura
 Coordenador Acadêmico da
 Fundação Altino Ventura

[Handwritten Signature]

Dra. Liana Maria O. Ventura
 Coordenadora do Curso de Especialização
 em Oftalmologia Fundação Altino Ventura

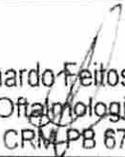
[Handwritten Signature]

DECLARAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

SOS OFTALMO CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA

Declaro para os devidos fins que o SOS Oftalmo- CLINICA OFTALMOLÓGICA S/S LTD, inscrito no CNPJ 15.819.184/0001-93 possui os seguintes equipamentos conforme relação abaixo.

| EQUIPAMENTO | MARCA | MODELO | Nº SERIE |
|------------------------|----------------|------------------|---------------|
| Auto Refrator | Vision | FA6100 | AK610212 |
| Auto Lensômetro | Reichert | AL 200 | 03040-1211 |
| Yag laser | Optp | Advant | YA30-0054 |
| Campímetro | Zeiss Humphrey | Matriz 715 | 715-000000740 |
| Ultrassom | Accutome | DGH 8000 | 2013-1330 |
| Topógrafo de Córnea | Eyetc | CT4000 | CT 4029211 |
| Microscópio Especular | Tomey | EM 3000 | 318207 |
| Oftalmoscópio Indireto | Eyetc | FCV2000 | OET101183 |
| Biômetro | Tomey | AL 100 | 281509 |
| Facoemulsificador | Alcon | Laureatte | 14022848901x |
| Microscópio Cirúrgico | Moller Wedell | EOS900 | 637-1995 |
| Monitor Multiparâmetro | Alfa Med | VITA 400 | V4A0000110 |
| Desfibrilador | EMAI | DX 10 PLUS | 10EQ01067 |
| Laser de Retina | IRIDEX | SL980-5X SPECIAL | 10030152 |
| Retinógrafo | Zeiss | | |
| Tomógrafo - OCT | Optovue | | 10976 |


Leonardo Feitosa Filho
 Oftalmologista
 CRM-PB 6783

Dr Leonardo Falcão Feitosa Filho -6783


Andrea Santiago P. Feitosa
 Oftalmologista
 CRM-PB 6940

Dra. Andrea Santiago P. Feitosa-6940



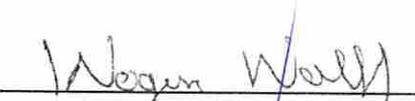
InTech Soluções
Tecnológicas

MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

InTech Soluções Tecnológicas

Certificamos para os devidos fins que a empresa SOS Oftalmo – Clínica Oftalmológica, inscrito no CNPJ 15.819.184/0001-93 estabelecido na Av. São Gonçalo 175 – Manaira. Recebeu a manutenção preventiva (Calibração e Limpeza) em seus equipamentos oftalmológico, valido pelo período de 180 dias.

| EQUIPAMENTO | MARCA | MODELO | Nº SERIE | DATA |
|------------------------|---------------|------------------|----------------|------------|
| Auto Refrator | Vision | FA6100 | AK610212 | 03/02/2020 |
| Auto Lensômetro | Reichert | AL 200 | 03040-1211 | 03/02/2020 |
| Yag laser | Optp | Advant | YA30-0054 | 03/02/2020 |
| Campimetro | ZeissHumphrey | Matriz 715 | 715-0000000740 | 05/02/2020 |
| Topógrafo de Córnea | Eyetc | CT4000 | CT 4029211 | 05/02/2020 |
| Microscópio Especular | Tomey | EM 3000 | 318207 | 07/02/2020 |
| Oftalmoscópio Indireto | Eyetc | FCV2000 | OET101183 | 07/02/2020 |
| Biômetro | Tomey | AL 100 | 281509 | 07/02/2020 |
| Microscópio Cirúrgico | MollerWedell | EOS900 | 637-1995 | 07/02/2020 |
| Laser de Retina | IRIDEX | SL980-5X SPECIAL | 10030152 | 11/02/2020 |
| Retinógrafo | Zeiss | | | 14/02/2020 |
| Tomógrafo - OCT | Optovue | | 10976 | 14/02/2020 |


Wagner Anton Wolff

InTech Soluções Tecnológicas
WAGNER ANTON WOLFF
07/07/2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

FMJ

FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE

O Diretor da FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação, confere a

Andrea Santiago Pereira Feitosa

o título de Médico e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juazeiro do Norte, 19 de dezembro de 2008.

M. Placido
Secretária Geral

Andrea Santiago P. Feitosa
Diplomado

Amorim
Diretor Geral

Angela Massayo Ginbo - Lima
Diretora Geral

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE**

| |
|---|
| Curso: Medicina |
| Portaria: Nº 1.090 de 26/05/2006 |
| D.O.U. 29/05/2006 |
| Nome do Diplomado: ANDREA SANTIAGO PEREIRA FEITOSA |
| Pai: LEONARDO FALCÃO FEITOSA |
| Mãe: NELY SANTIAGO FEITOSA |
| Nacionalidade: Brasileira |
| Estado: PARAÍBA |
| Nascimento: 27/07/1984 |
| Identidade: 2668822 |
| Orgão Expedidor: SSP/PB |
| Conclusão do Curso: 2006-2 |
| Data da Colação: 19/12/2008 |

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Diploma registro sob o nº 42613, Livro 6154
fls. 84, Processo 585/09-27, de acordo com o art. 48, 1º da Lei 9394/1996, DOU de 23/12/1996 0 Seção 1, p. 27839.

DMD. 20 de Setembro de 2009
Maria Bibiana da Paivada
DIRETOR(A)

Maria Cristina de Figueiredo Monteiro
Divisão de Memória e Documentação
CNPq - PROGRAD - UFC



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PARAÍBA
O(A) requerente foi inscrito(a) sob o nº 18.326 às páginas 191 do livro nº 03
Recife 19/12/2008
Secretário

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA
O(A) requerente foi inscrito sob o nº 0940 às páginas 029 do livro nº 02 de 2009
João Pessoa 06/02/2009
Assessoria Administrativa
1º Secretário



REDFMJ00274

[Handwritten signature]



Secretaria de Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária

CARTÃO DE PROTOCOLO

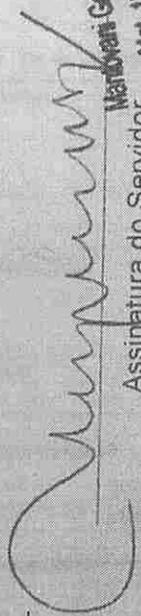
ME: SOS OFTALMO CLINICA OFTALMOLOGICA S/S
LTDA EPP

CNPJ: 15.819.184/0001-93

PROTOCOLO Nº: LIC. SANIT. Nº 03345 S 2020 R

DATA DE ENTRADA: 14/09/2020

DATA PARA PAGAMENTO: 18/09/2020


Mendonça Cozido Navarro
Assinatura do Servidor Matr. 17.102-6

As informações prestadas neste documento serão utilizadas para o andamento do processo, com a apresentação do "CARTÃO DE PROTOCOLO".

Av. Pres. Epitácio Pessoa 1324 - Torre - João Pessoa PB
CEP 58.040-000 - Fone: (83) 3214-7956 / (83) 3214-7951





14/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:42:31
163601636 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: MARIA JESUS ALMEIDA LIRA
AGENCIA: 1636-5 CONTA: 26.063-0

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090282558020808694271175483820000036960

BENEFICIARIO:

JOAO P S FINANÇAS SEFIN

NOME FANTASIA:

PMJP - SMS - VIGILANCIA SANITARIA

CNPJ: 08.806.721/0001-03

PAGADOR:

SOS OFTALMO CLINICA OFTALMOLOGICA S

CNPJ: 15.819.184/0001-93

| | |
|--------------------|-------------------|
| NR. DOCUMENTO | 91.401 |
| NOSSO NUMERO | 28255802008694271 |
| CONVENIO | 02825580 |
| DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| DATA DO PAGAMENTO | 14/09/2020 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 369,60 |
| VALOR COBRADO | 369,60 |

=====

NR.AUTENTICACAO 2.841.F9B.587.184.066

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



Conab Companhia Nacional de Abastecimento

| | |
|--|--|
| PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 21221.000013/2020-14 CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2020 AUTORIZADO PELO TERMO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº _____/_____/_____ | CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE IMAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM A COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB E A EMPRESA SOS OFTALMOLOGIA S/S LTDA, (INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO: DO ART. 421 DO RLC Nº 10.901/2017). |
|--|--|

COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB, Empresa Pública Federal, entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, de capital fechado, na forma preceituada no § 1º do art. 173 da Constituição Federal, constituída nos termos do art. 19, inciso II, da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA, regida pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, pela Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, pelo Decreto nº 8.945, de 27 de dezembro de 2016, e demais legislações aplicáveis, e pelo seu Estatuto Social aprovado pela Assembléia Geral Extraordinária, realizada aos 19 de dezembro de 2017, publicada no DOU de 19/01/2018, Seção 1, retificado conforme publicação no DOU do dia 23 de janeiro de 2018, Edição 16, seção 1, página 4, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 26.461.699/0388-20; Inscrição Estadual – IE nº 16.128.931-2, com Superintendência Regional no Estado da Paraíba, situada a Rua Cel. Estevão D'Ávila Lins, S/N, Cruz das Armas, João Pessoa -CEP: 58.085-010, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representado pelo Superintendente Regional, KELLY RAMALHO FREIRE, brasileira, solteira, administradora, portadora da Cédula de Identidade RG 3231331 SSP/PB e inscrito no CNPJ/MF sob o nº 046.497.234-50 e a Gerente de Finanças e Administração, MATHEUS DIAS CARRAZZONI, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade - RG nº 3.361.042 – expedido pela SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 076.583.864-80, e de outro lado, a Empresa SOS OFTALMOLOGIA S/S LTDA, mediante registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS/MS nº 511, de 29/12/2000, sob o nº 7196245, com sede no (a) Rua São Gonçalo, nº 175 - Bairro: Manaíra, Cidade de João Pessoa– PB, CEP: 58.038-330, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 15.819.184/0001-93, neste ato representado por LEONARDO FALCÃO FEITOSA FILHO, portadora(o) da Cédula de Identidade – RG nº 2668832, expedido pela SSP/PB, e inscrita(o) no CPF/MF sob o nº 048.323.494-06, infra-assinado, doravante denominada CONTRATADA, têm entre si, justo e contratado as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1 O objeto do presente Contrato é o credenciamento para a Prestação de Serviços Médicos Especializados, nas áreas de OFTALMOLOGIA e demais procedimentos oferecidos pela CONTRATADA destinados aos TITULARES e DEPENDENTES TÍPICOS e ATÍPICOS, observado o Item 4 – Das Definições e Item 10 – Do Atendimento.
- 1.2 O escopo do presente Contrato consiste em:





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

I. Procedimentos: Consultas e procedimentos afins.

II. Regime de atendimento: O atendimento será realizado nas dependências da CONTRATADA, no endereço: Rua São Gonçalo, nº 175 - Bairro: Manaíra, Cidade de João Pessoa- PB, CEP: 58.038-330; de Segunda a Sábado das 08:00 as 20:00 horas. Telefones: (83) 3247-6157 / 4141-1331.

III. email: admsosoftalmo@hotmail.com

Anexos do Termo de Referência:

ANEXO B – LISTA DE SERVIÇOS E/OU ESPECIALIDADES;
ANEXO C – LISTA DE SERVIÇOS E/OU PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELA CONAB
ANEXO D – TABELAS REFERENCIAIS ADOTADAS PELA CONAB;
ANEXO E – PROTOCOLOS OPERACIONAIS;

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS BENEFICIÁRIOS

2.1 São Beneficiários para efeito de utilização do Serviço de Assistência à Saúde – SAS da Companhia Nacional de Abastecimento

– Conab os TITULARES, DEPENDENTES TÍPICOS, e DEPENDENTES ATÍPICOS a seguir qualificados:

I. TITULARES

- a. empregados do quadro de pessoal da Companhia;
- b. membros da Diretoria, não pertencentes ao quadro de pessoal próprio, enquanto permanecerem nos cargos;
- c. pessoal contratado para o exercício de função de confiança na Companhia, enquanto permanecerem nas funções; e
- d. empregados de outros órgãos, à disposição da Companhia, com ônus para esta.

II. DEPENDENTES TÍPICOS

- a. cônjuges;
- b. companheiro(a) com coabitação por tempo superior a 2 (dois) anos, ou com a existência de filhos em comum;
- c. filhos e enteados, solteiros, de qualquer condição, menores de 21 (vinte e um) anos, ou inválidos de qualquer idade;
- d. filhos e enteados, solteiros, menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que dependentes econômicos e que sejam estudantes universitários;
- e. menores de 21 (vinte e um) anos que, por decisão judicial, se encontrem sob a guarda do beneficiário titular ou respectivo cônjuge;



- f. tutelados, solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos, desde que não possuam bens suficientes para o sustento próprio; e
- g. curatelados, solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos, ou incapazes sem limite de idade.

III. DEPENDENTES ATÍPICOS

- a. São considerados dependentes atípico: pai e mãe, ou madrasta/padrasto, desde que sejam dependentes econômicos do beneficiário titular, e estejam inscritos na área de Recursos Humanos da Companhia.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA COBERTURA ASSISTENCIAL

3.1 Os beneficiários TITULARES e DEPENDENTES TÍPICOS possuem cobertura assistencial ambulatorial, hospitalar e odontológica, de acordo com as tabelas referenciais adotadas pelo SAS;

3.2 Os beneficiários DEPENDENTES ATÍPICOS possuem cobertura assistencial, exclusivamente, ambulatorial, estritamente para os seguintes serviços, desde que fora do ambiente hospitalar:

- a. Consultas médicas;
- b. Exames laboratoriais e radiológicos de rotina e eletrocardiograma, mediante solicitação médica;
- c. Tomografias Computadorizadas; e
- d. Ressonâncias Magnéticas.

CLÁUSULA QUARTA – DA CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1 SERVIÇOS AMBULATORIAIS FORA DE AMBIENTE HOSPITALAR

São aqueles destinados aos TITULARES, DEPENDENTES TÍPICOS e ATÍPICOS e compreende somente: Consultas Médicas; Exames Laboratoriais e Radiológicos de Rotina e Eletrocardiograma, mediante Solicitação Médica; Tomografias Computadorizadas; e Ressonâncias Magnéticas realizados em Clínicas Credenciadas.

4.2 SERVIÇOS SERIADOS

São aqueles realizados em sessões sucessivas e destinados aos TITULARES e DEPENDENTES TÍPICOS, excluídos os DEPENDENTES ATÍPICOS e compreende: Manutenção Ortodôntica, Reeducação Postural Global (RPG), Fisioterapia, Hidroterapia, Radioterapia, Quimioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia, Psicomotricidade, Terapia Ocupacional e Hemodiálise, seja em ambiente ambulatorial, conforme o caso.

CLÁUSULA QUINTA – DA IDENTIFICAÇÃO E DO ATENDIMENTO

5.1 Conforme previsto no Item 08 – Do Atendimento do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA SEXTA – DOS SERVIÇOS NÃO ACOBERTADOS

6.1 Conforme disposto no ANEXO C – LISTA DE SERVIÇOS E/OU PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELA CONAB do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA INTERNAÇÃO

7.1 São consideradas diárias o período de acomodação disponibilizado ao beneficiário da CONTRATANTE, contado a partir do dia da internação até a alta médica, compreendendo o período superior a 12 (doze) horas.

7.2 A CONTRATADA internará os pacientes em acomodação padrão “Apartamento Standard”, o qual disponibilize banheiro privativo, telefone e acomodação para 01 (um) acompanhante, ou acomodação padrão “Enfermaria”, que compreenda a acomodação composta de quarto coletivo e banheiro comum aos pacientes daquele quarto, sem direito a acompanhante, conforme cobertura assistencial contratada. Na emissão da guia será informado o padrão autorizado. Caso não conste na guia ou em casos de urgência/emergência, os pacientes poderão ser acomodados em enfermaria, até que seja expedida nova guia constando o padrão do apartamento.

7.3 Nas situações em que a CONTRATADA, por qualquer motivo, não disponha das referidas acomodações, a mesma compromete-se a instalar os pacientes em acomodação de padrão superior, sem que isso acarrete ônus excedentes para os beneficiários e/ou para a CONTRATANTE.

7.4 Existindo vaga na acomodação autorizada, poderá o beneficiário, por sua exclusiva opção, ser instalado em acomodação de padrão superior, assumindo diretamente as diferenças, junto à CONTRATADA e à equipe médica, das taxas clínicas, materiais e honorários médicos excedentes nas quais sua opção incorrer, sem qualquer ônus para a Conab.

7.5 Não serão autorizadas internações para check-up, investigação diagnóstica de caráter eletivo ou para realização de exames meramente ambulatoriais.

7.6 Os serviços de hotelaria clínica serão pagos na forma de diárias e taxas, conforme ANEXO D – TABELAS REFERENCIAIS ADOTADAS PELA CONAB, que trata da remuneração dos serviços.

7.7 Nos casos de óbito, o dia do falecimento computar-se-á como diária.

7.8 Não se aplica a indivisibilidade da primeira diária aos procedimentos submetidos ao regime de Day Clinic. Poderá ser cobrada diária completa nos casos com justificativa médica, oportunidade em que haverá prorrogação da internação, acima de 12 (doze) horas.

7.9 Entende-se como regime de “clínica-dia”, a internação que totalize até 12 (doze) horas, no valor de 75% (setenta e cinco por cento) de uma internação normal.

7.10 Nos casos de internação prolongada, as contas deverão ser fechadas parcialmente, sendo encaminhadas à CONTRATANTE na data prevista do faturamento, acompanhadas de toda a documentação pertinente ao período faturado. A CONTRATADA deve identificar à qual parcial refere-se a fatura apresentada (1ª parcial, 2ª parcial, etc.), não cabendo parcial inferior a 10 (dez) dias, exceto no encerramento da conta.

7.11 A prorrogação de internação deverá ser formalizada no dia do vencimento da internação inicial, mediante apresentação de relatório do médico assistente, justificando a prorrogação pleiteada, ficando a CONTRATANTE responsável por autorizar a solicitação em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

CLÁUSULA OITAVA – DO VALOR DO CONTRATO

8.1 Por se tratar de benefício de assistência à saúde, são indeterminadas as despesas a serem contraídas, restando prejudicada a sua estimativa.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

9.1 O Contrato terá vigência de 5 (cinco) anos, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado excepcionalmente por mais um período de 12 (doze) meses.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

10.1 Não se exigirá prestação de garantia para a execução contratual em razão do disposto no Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

11.1 Conforme disposto no Item 13 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 As despesas decorrentes com o futuro credenciamento correrão à conta da Ação: Assistência Médica e Odontológica aos Servidores/ Empregados e seus Dependentes; Programa de Trabalho: 086347; Fonte de Recursos 0100000000 P.I. Assis. Médica; Natureza de Despesa: 33.90.39.50.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E CONTRATADA

13.1 Conforme disposto no Item 16 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE, DA GLOSA E DO RECURSO DAS FATURAS

14.1 Conforme disposto no Item 12 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO LOCAL DE ENTREGA DA NOTA FISCAL/FATURA DE SERVIÇOS

15.1 A Fatura de Serviços deverá ser entregue e protocolada, até o quinto dia útil de cada mês, no endereço da CONTRATANTE, na Superintendência Regional da Paraíba,, sito na Rua Cel. Estevão D'Ávila Lins, S/N, Cruz das Armas, João Pessoa/PB CEP 58.085-010.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS

16.1 Conforme disposto no Item 14 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA REMUNERAÇÃO E DO PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

17.1 Conforme disposto no Item 17 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO REAJUSTE DE PREÇOS E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA

18.1 Honorários Médicos, UCO e Porte; Taxas, Diárias e Serviços Clínicos; Gases Medicinais; Materiais e Medicamentos de uso restrito clínico; Honorários Paramédicos: O reajuste se dará após o transcurso de 1 (um) ano, sempre considerando como data-base a data da publicação do Edital de Credenciamento (data em que a Conab publicou a Tabela Referencial de valores a serem pagos aos credenciados) para o primeiro reajuste, e da data de início de vigência do reajuste anterior, nos reajustes subsequentes, de cada ano, aplicando-se a variação do INPC/IBGE acumulado no período; 18.2 Filme Radiológico: Atualização anual, considerando como fato gerador a data de definição do valor que orientou a elaboração do Edital de Chamamento Público, de acordo com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem – CBR;

18.3 Pacotes: Referencial resultante do processo negocial havido para esse fim, considerando a conveniência da Conab pública e o princípio da economicidade, em face dos valores apurados em conta aberta e fechada, o que for menor.

18.4 Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME: Referencial resultante do processo negocial havido para esse fim, considerando o princípio da economicidade, em face dos valores apurados mediante cotação de mercado, respeitado os protocolos operacionais.

18.5 Caso o fator de atualização citado alhures seja extinto, passará a vigorar aquele que for determinado pelo Governo Federal em sua substituição.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

19.1 Conforme disposto no Item 21 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

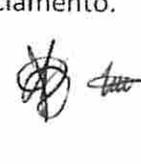
20.1 Conforme disposto no Item 24 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

21.1 Conforme disposto no Item 22 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA SUBCONTRATAÇÃO

22.2 Não será admitida a subcontratação do objeto do credenciamento.



CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA MATRIZ DE RISCOS

23.1 MATRIZ DE RISCOS é a cláusula contratual definidora dos riscos e das responsabilidades entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA e caracterizadora do equilíbrio econômico financeiro na execução do contrato, em termos de ônus financeiros decorrentes de eventos supervenientes à contratação.

23.2 A CONTRATADA é integral e exclusivamente responsável por todos os riscos e responsabilidades relacionados ao objeto do ajuste, conforme hipóteses não-exaustivas elencadas na MATRIZ DE RISCO – ANEXO H do Termo de Referência.

23.3 A CONTRATADA não é responsável pelos riscos e responsabilidades relacionados ao objeto do ajuste quando estes competirem à CONTRATANTE, conforme estabelecido na MATRIZ DE RISCO – ANEXO H do Termo de Referência.

23.4 A MATRIZ DE RISCOS – ANEXO H do Termo de Referência constitui peça integrante do contrato, independentemente de transcrição.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA ALTERAÇÃO

24.1 Conforme disposto no Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA ALTERAÇÃO SUBJETIVA

25.1 Conforme disposto no Item 20 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DAS VEDAÇÕES

26.1 Conforme disposto no Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DA VINCULAÇÃO

27.1 Consideram-se integrantes da contratação o Termo de Referência, o Edital de Credenciamento, o Contrato, a Carta de Apresentação da Documentação da CONTRATADA, todos os anexos mencionados acostados ao Edital de Credenciamento, e demais documentos pertinentes, independente de transcrição.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

28.1 Aplicar-se-á, inclusive aos casos omissos, a Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, o Regulamento de Licitações e Contratos – RLC, e respectivas alterações, bem como demais legislações pertinentes em vigor referente ao exercício dos serviços, objeto deste Credenciamento, e consignada nos Conselhos Federais e Regionais das respectivas Classes Profissionais, bem como dos próprios Códigos de Ética, Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais órgãos competentes.

28.2 O CONTRATO decorrerá por Inexigibilidade de Licitação, amparado no Art. 30, da Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, e alterações posteriores.



CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – DOS ENCARGOS DE NATUREZA TRIBUTÁRIA

29.1 O CONTRATADO será responsável por todos os encargos de natureza tributária incidentes sobre os valores dos serviços prestados, permitindo ao CONTRATANTE efetuar as retenções e os recolhimentos previstos em lei.

29.2 Caso o CONTRATADO goze de imunidade ou de isenção tributária deverá comprovar, em tempo hábil, esta condição perante a CONTRATANTE, por intermédio da apresentação de declaração contendo firma reconhecida de seu representante legal na qual consubstancie, sob as penas da lei, a sua responsabilidade pela regularidade de sua situação fiscal. A entrega intempestiva obrigará a CONTRATANTE a efetuar a devida retenção e recolhimento dos encargos, devendo o CONTRATADO postular sua devolução junto ao órgão governamental pertinente.

29.3 A apresentação da referida declaração válida de que trata este item deverá ocorrer a cada apresentação de faturamento, sendo uma para cada Nota Fiscal emitida.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA – CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

30.1 O atendimento prestado pela CONTRATADA aos beneficiários da CONTRATANTE em desacordo com as cláusulas e condições do presente instrumento não será de responsabilidade da CONTRATANTE para efeito de pagamento das despesas.

30.2 A aceitação, por parte da CONTRATANTE, de quaisquer serviços ou procedimentos da CONTRATADA em discordância com o que está pactuado no presente instrumento, será ato de discricionariedade da CONTRATANTE e não importará em nenhuma hipótese em novação de direitos pela CONTRATADA em relação ao Contrato firmado.

30.3 As partes se comprometem, quando requisitadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a fornecer todas as informações solicitadas, sempre observando as questões éticas e de sigilo profissional.

30.4 A CONTRATANTE respeitará a autonomia técnica da CONTRATADA, podendo, contudo:

- a. Indicar auditor para constatação dos procedimentos a serem realizados;
- b. Fiscalizar suas instalações e equipamentos;
- c. Comprovar a realização dos serviços prestados;
- d. Examinar toda e qualquer documentação que possa servir como comprovação do exato cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no presente Contrato.

30.5 A CONTRATANTE e seus beneficiários deverão respeitar e obedecer ao Regulamento Interno da CONTRATADA, bem como, as normas e rotinas que venham a ser editadas, desde que não conflitantes com os termos e condições do presente Contrato.

30.6 A CONTRATADA autoriza a inclusão de sua denominação social, nome fantasia, endereço completo com CEP e telefones, bem como dos médicos integrantes de seu corpo clínico e respectivas áreas de especialização, dias e horários de atendimento em manual a ser divulgado junto aos beneficiários da CONTRATANTE.

30.7 Caso a CONTRATANTE venha a ser acionada judicialmente em decorrência de qualquer desses atendimentos, fica-lhe assegurada o direito de regresso, nos termos da lei, em face da CONTRATADA, por quaisquer indenizações ou pagamentos que lhe venha a ser impostos, inclusive por custas, despesas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo da CONTRATANTE requerer indenização pelos danos causados ao seu nome e à sua imagem.

30.8 A CONTRATADA se obriga a informar à CONTRATANTE sobre quaisquer alterações ocorridas em seu corpo clínico, bem como na sua diretoria clínica.

30.9 A CONTRATADA aceitará que médicos e/ou paramédicos não pertencentes ao seu corpo clínico possam atender aos beneficiários da CONTRATANTE, com direito a usufruir plenamente das instalações e serviços.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO

31.1 A publicação do extrato do contrato deverá ser providenciada pela CONTRATANTE até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da sua assinatura no Diário Oficial da União, conforme disposto no artigo 480 do Regulamento de Licitações e Contratos da CONAB.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA – DO FORO

32.1 As partes elegem o foro da circunscrição da Justiça Federal do domicílio da CONTRATADA, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas, omissões e solucionar conflitos que porventura surjam na execução deste instrumento contratual, que não puderem ser resolvidas de forma amigável

32.2 E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual forma e teor para um só efeito legal, o qual após lido e achado conforme, segue assinado pelas partes nas presenças das testemunhas a seguir indicadas, que a tudo assistiram.

João Pessoa,

de

de 2020.

NAO DATAR

PELA CONTRATANTE:



KELLY RAMALHO FREIRE
SUPERINTENDENTE REGIONAL



MATHEUS DIAS CARRAZZONI
GERENTE DE FINANÇAS E ADMINISTRAÇÃO

PELA CONTRATADA:



LEONARDO FALCÃO FEITOSA FILHO
REPRESENTANTE LEGAL

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:






MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

ANEXO H ao Edital nº 01/2017 - Credenciamento OCS / PSA (HGuJP / 2017)

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE / 2020

1. APRESENTAÇÃO: Este documento, de acordo com o previsto no art. 65, §8º, da Lei 8.666/93, concomitante com o reajuste previsto no item 9, do Edital nº 01/2017 - Credenciamento OCS / PSA (HGuJP / 2017), discrimina as tabelas, índices, valores, e conceituações necessárias dos serviços hospitalares, dos serviços de atenção domiciliar (HOME CARE) e transporte de paciente em ambulâncias – Remoção/Evacuação (Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar móvel), objeto dos CREDENCIAMENTOS de Organizações Civas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos do Hospital de Guarnição de João Pessoa.

1.1. Os valores estabelecidos neste documento têm como referência o constante no DIEx nº 377-SRAM/Sdir Tec/D Sau, DIEx nº 378-SRAM/Sdir Tec/D Sau, de 14 NOV 17, Parecer Técnico nº 478-D Sau/SRAM, DIEx nº 482-D Sau/SRAM, de 14 NOV 17, Parecer Técnico 799-D Sau/SRAM, de 16 NOV 16, Parecer Técnico 328-D Sau/SRAM, de 3 OUT 18, Parecer Técnico 401-D Sau/SRAM, de 20 NOV 18, DIEx nº 328-SRAM/Sdir Tec/D Sau, de 22 de março de 2019, Parecer Técnico nº 109-D Sau/SRAM, de 13 de março de 2019, Parecer Técnico nº 467 – Dsau/SRAM, de 25 de novembro de 2019, DIEx nº 1980-SRAM/Sdir Tec/D Sau – CIRCULAR, de 28 de novembro de 2019, DIEx nº 80-SRAM/Sdir Tec/D Sau – CIRCULAR, de 13 de janeiro de 2020 e Parecer Técnico nº 003-Dsau/SRAM de 13 de janeiro de 2020.

2. DOS HONORÁRIOS DE CONSULTA E DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL: Os procedimentos decorrentes dos serviços descritos no ITEM 2. do Edital, constantes na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, 5ª Edição, serão apreçados e remunerados tendo como referência os valores e portes constantes na CBHPM 5ª Edição - 2008/2009, exceto os especificados em particular neste referencial, de acordo com que se segue:

2.1. Para os Honorários Médicos, os procedimentos descritos nos Capítulos I, II e III da CBHPM 5ª Edição - 2009, com a Unidade de Custo Operacional (UCO) no valor de R\$ 13,51 (treze reais e cinquenta e um centavos).

2.1.1. Os portes que terão como referência os valores constantes na Tabela CBHPM 5ª Edição - 2009, com UCO de R\$ 13,51 (treze reais e cinquenta e um centavos), será conforme tabela descrita abaixo:

| | | | | | |
|-----|------------|-----|------------|------|--------------|
| 1 A | R\$ 10,50 | 5 C | R\$ 244,50 | 10 B | R\$ 809,50 |
| 1 B | R\$ 21,00 | 6 A | R\$ 266,50 | 10 C | R\$ 898,50 |
| 1 C | R\$ 31,50 | 6 B | R\$ 292,50 | 11 A | R\$ 950,50 |
| 2 A | R\$ 42,00 | 6 C | R\$ 320,00 | 11 B | R\$ 1.042,50 |
| 2 B | R\$ 56,50 | 7 A | R\$ 346,00 | 11 C | R\$ 1.144,00 |
| 2 C | R\$ 67,00 | 7 B | R\$ 382,50 | 12 A | R\$ 1.185,50 |
| 3 A | R\$ 92,00 | 7 C | R\$ 452,50 | 12 B | R\$ 1.274,50 |
| 3 B | R\$ 117,00 | 8 A | R\$ 489,00 | 12 C | R\$ 1.564,50 |
| 3 C | R\$ 134,00 | 8 B | R\$ 512,00 | 13 A | R\$ 1.718,50 |

| | | | | | |
|-----|------------|------|------------|------|--------------|
| 4 A | R\$ 160,00 | 8 C | R\$ 543,50 | 13 B | R\$ 1.885,50 |
| 4 B | R\$ 175,50 | 9 A | R\$ 578,00 | 13 C | R\$ 2.085,00 |
| 4 C | R\$ 197,50 | 9 B | R\$ 632,00 | 14 A | R\$ 2.324,00 |
| 5 A | R\$ 213,00 | 9 C | R\$ 696,00 | 14 B | R\$ 2.528,00 |
| 5 B | R\$ 230,00 | 10 A | R\$ 747,00 | 14 C | R\$ 2.789,00 |

2.2. Para os Serviços de Apoio ao Diagnóstico Terapêutico - SADT, os procedimentos descritos no Capítulo IV da CBHPM 5ª Edição - 2008, com a Unidade de Custo Operacional (UCO) no valor de R\$ 13,51 (treze reais e cinquenta e um centavos).

2.2.1. Os portes que terão como referência os valores constantes na Tabela CBHPM 5ª Edição - 2008, com UCO de R\$ 13,51 (treze reais e cinquenta e um centavos), será conforme tabela descrita abaixo:

| | | | | | |
|-----|------------|------|------------|------|--------------|
| 1 A | R\$ 10,00 | 5 C | R\$ 234,00 | 10 B | R\$ 775,00 |
| 1 B | R\$ 20,00 | 6 A | R\$ 255,00 | 10 C | R\$ 860,00 |
| 1 C | R\$ 30,00 | 6 B | R\$ 280,00 | 11 A | R\$ 910,00 |
| 2 A | R\$ 40,00 | 6 C | R\$ 306,00 | 11 B | R\$ 998,00 |
| 2 B | R\$ 54,00 | 7 A | R\$ 331,00 | 11 C | R\$ 1.095,00 |
| 2 C | R\$ 64,00 | 7 B | R\$ 366,00 | 12 A | R\$ 1.135,00 |
| 3 A | R\$ 88,00 | 7 C | R\$ 433,00 | 12 B | R\$ 1.220,00 |
| 3 B | R\$ 112,00 | 8 A | R\$ 468,00 | 12 C | R\$ 1.495,00 |
| 3 C | R\$ 128,00 | 8 B | R\$ 490,00 | 13 A | R\$ 1.645,00 |
| 4 A | R\$ 153,00 | 8 C | R\$ 520,00 | 13 B | R\$ 1.805,00 |
| 4 B | R\$ 168,00 | 9 A | R\$ 555,00 | 13 C | R\$ 1.996,00 |
| 4 C | R\$ 189,00 | 9 B | R\$ 605,00 | 14 A | R\$ 2.225,00 |
| 5 A | R\$ 204,00 | 9 C | R\$ 666,00 | 14 B | R\$ 2.420,00 |
| 5 B | R\$ 220,00 | 10 A | R\$ 715,00 | 14 C | R\$ 2.670,00 |

2.2.2. Os exames e procedimentos que não estiverem listados na CBHPM 5ª Edição - 2008/2009, mas que já estiverem codificados em Classificação mais recente desta tabela, poderão ser autorizados pelo FuSEx e realizados pelas CONTRATADAS. Nestes casos, deverão ser apreçados e remunerados conforme os valores fixados nos itens 2.1., 2.1.1., 2.2., e 2.2.1. deste Anexo, para os portes e Unidades de Custo Operacional (UCO).

2.2.3. Os exames e procedimentos não listados em qualquer versão da CBHPM poderão ser autorizados pela Seção FuSEx do HGuJP desde que a autorização seja precedida de pesquisa de preços, que deverá conter 03 (três) orçamentos, no mínimo, sendo remunerados com base no menor dos preços obtidos, conforme o § 2º, do Art. 2º, da Instrução Normativa nº 5, de 27 JUN 14, da Secretária de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, alterada pela Instrução Normativa nº 3, de 20 ABR 17.

2.3. **HONORÁRIOS MÉDICOS:** O apreçamento e a remuneração dos honorários de consultas e demais procedimentos médicos em geral será feito conforme o seguinte:

| Tipo de atendimento | Vlr/tabela autorizado |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Tabela de honorários médicos | CBHPM 2009, UCO R\$13,51 |
| Consulta médico generalista | R\$ 97,30 |
| Consulta médica especializada | R\$ 97,30 |
| Consulta médica com anesthesiologista | R\$ 97,30 |
| Laudo Psiquiátrico | R\$ 172,98 |

| | |
|--|------------|
| <p>Teste neuropsicológico</p> <p>(somente para os casos de dificuldades no processo de aprendizagem, de alterações comportamentais e de déficit cognitivo devidamente comprovado por laudo médico)</p> | R\$ 454,05 |
|--|------------|

2.4. O PORTE ANESTÉSICO: prestados de acordo com os portes descritos na CBHPM 5ª Edição - 2008/2009, e serão remunerados conforme o que se segue:

| TABELA PORTE E VALORES (ANESTESIA) | | | |
|------------------------------------|------------|---------------------------|----------------------------|
| PORTE | REFERÊNCIA | VALOR (R\$) ENFERMARIA | VALOR (R\$) APARTAMENTO |
| Porte 1 | 3A | R\$ 266,12 | R\$ 268,96 |
| Porte 2 | 3C | R\$ 389,50 | R\$ 393,67 |
| Porte 3 | 4C | R\$ 573,29 | R\$ 579,42 |
| Porte 4 | 6B | R\$ 847,60 | R\$ 856,66 |
| Porte 5 | 7C | R\$ 1.311,13 | R\$ 1.325,14 |
| Porte 6 | 9B | R\$ 1.829,58 | R\$ 1.849,13 |
| Porte 7 | 10C | R\$ 2.603,09 | R\$ 2.630,90 |
| Porte 8 | 12A | R\$ 3.297,38 | R\$ 3.470,93 |

2.4.1. Para os procedimentos que não contenham previsão de suporte anestésico na tabela CBHPM 5ª Edição - 2008/2009, ou, onde o porte anestésico previsto for "Porte 0" (zero), desde que, tecnicamente o caso necessite do suporte anestésico e devidamente justificado e solicitado pelo médico, será adotado o "Porte 2" para fins de remuneração do profissional.

2.5. CIRURGIA CARDÍACA - Os honorários médicos decorrentes da prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nas especialidades de Cirurgia Cardíaca serão remunerados de acordo com a tabela abaixo:

| Código CBHPM | Descrição do procedimento | R\$ Valor |
|-----------------|---|---------------|
| 30903033 | Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar | R\$ 21.584,70 |
| 30903025 | Revascularização do miocárdio | R\$ 16.959,41 |
| 30902045 | Plastia valvar | R\$ 15.931,57 |
| 30902053 | Troca valvar | R\$ 15.931,57 |
| 30902010 | Ampliação do anel valvar | R\$ 15.931,57 |
| 30902029 | Cirurgia multivalvar | R\$ 18.115,75 |
| 30902037 | Comissurotomia valvar | R\$ 16.314,02 |
| 30903017 | Aneurismectomia de VE | R\$ 15.787,75 |
| 30906083 | Aneurismas torácicos ou tóraco-abdominais -correção cirúrgica | R\$ 17.220,75 |
| 31502024 | Transplante cardíaco (receptor) | R\$ 18.695,96 |
| 31502016 | Transplante cardíaco (doador) | R\$ 4.439,79 |
| 30917034 | Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração) | R\$ 7.508,17 |
| 30912237 | Tratamento percutâneo do aneurisma/dissecção da aorta | R\$ 14.050,98 |
| 30915040 | Pericardiotomia/ Pericardiectomia | R\$ 3.581,62 |
| 30915023 | Drenagem do pericárdio | R\$ 2.499,03 |
| 30905010 | Colocação de balão intra-aórtico | R\$ 2.499,03 |

| | | |
|----------|---|---------------|
| 30901090 | Anastomose sistêmico pulmonar (Blalock-taussig ou BY modificado) com ou sem cec | R\$ 18.550,61 |
| 00000000 | Tratamento de complicações de procedimentos realizados por outros profissionais | R\$ 28.600,99 |

2.6. HEMODINÂMICA - Os honorários médicos decorrentes da prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nas especialidades de Hemodinâmica serão remunerados de acordo com a tabela abaixo:

| Código CBHPM | Descrição do Procedimento (PACOTE) | Valor negociado |
|--|--|-----------------|
| 30911079 30911087 30911044 30911052 | Cateterismo cardíaco Referentes a honorários médicos, taxa de sala de repouso até 6 horas, serviços auxiliares de diagnose e terapias, todos os materiais (inclusive especiais), todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala de hemodinâmica e gasoterapia. Exclui: honorários de anestesista, sangue e hemoderivados | R\$ 4.216,20 |
| 30912105 30912261 30912032 30912180 | Angioplastia Coronária Com Stent Convencional Referentes a honorários médicos, 1 (uma) diária de UTI ou apartamento, serviços auxiliares de diagnose e terapias, todos os materiais (inclusive especiais, 01 (um) stent convencional, 2 (dois) cateteres balão, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala de hemodinâmica e gasoterapia. Obs: exame em 1 (um) vaso ou multivasos. Exclui: honorários de anestesista, sangue e hemoderivados | R\$ 12.707,72 |
| 30912105 30912261 30912032 30912180 | Angioplastia Coronária Com Stent Farmacológico Referentes a honorários médicos, 1 (uma) diária de UTI ou apartamento, serviços auxiliares de diagnose e terapias, todos os materiais (inclusive especiais, 1 (um) stent farmacológico (com qualquer especificação), 2 (dois) cateteres balão, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala de hemodinâmica e gasoterapia. Obs: exame em 1 (um) vaso ou multivasos. Exclui: honorários de anestesista, sangue e hemoderivados | R\$ 19.600,04 |
| 40813061 40813541 40511313 40810020 30911095 40512049 40812057 40811205 40812073 30101239 40813070 | Angioplastia/ Embolização Cerebral - Sem OPME Referentes aos honorários médicos, 1 (uma) diária de UTI ou apartamento, serviços auxiliares de diagnose e terapias, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala de hemodinâmica e gasoterapia. Exclui: honorários de anestesista, sangue e hemoderivados | R\$ 9.081,05 |

| | | |
|--|--|----------------|
| 40812030 40812049 40812057 40812065 40812073 | Angiografia Referentes aos honorários médicos, 1 (uma) diária de apartamento, serviços auxiliares de diagnose e terapias, todos os materiais (inclusive especiais), todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala de hemodinâmica e gasoterapia. Exclui: honorários de anestesista, sangue e hemoderivados | R\$ 4.151,34 |
| Extra pacote | Stent farmacológico (com qualquer especificação) | R\$ 7.500,00 |
| Extra pacote | Stent convencional | R\$ 3.000,00 |
| Extra pacote | Catéter balão | R\$ 756,75 |
| 40813541 | Embolização de Aneurisma Cerebral por Oclusão Sacular - Por Vaso Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal - por vaso Angiografia por Cateterismo Seletivo de Ramo Primário - Por Vaso Angiografia pós-operatória de controle O pacote do procedimento inclui taxa de sala de hemodinâmica, taxa de equipamentos, materiais descartáveis, medicamentos, gases medicinais, material de uso + OPME | R\$ 81.700,00 |
| 30912296 | Pacote TAVI (Implante Transcateter de Prótese Valvar Aórtica) – Inclui procedimento + OPME + honorários médicos (hemodinamicista/ecografista/anestesiologista) | R\$ 159.809,60 |

2.7. OFTALMOLOGIA - Os honorários médicos decorrentes da prestação de serviços terapêutico nas especialidades de Facetomia serão remunerados de acordo com a tabela abaixo:

| Descrição do pacote | Valor R\$ |
|--|--------------|
| PACOTE DE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LIO NACIONAL INCLUI:LIO e honorários médicos (exceto anestesia) Realizado nas instalações do HGUJP (observar item 2.7.1.) | R\$ 1.892,97 |
| PACOTE DE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LIO NACIONAL INCLUI:LIO, taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos (exceto anestesia) Realizado nas instalações da OCS contratada (observar item 2.7.1.) | R\$ 3.229,18 |
| TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIGIOGÊNICO – (3.03.07.14-7) INCLUI: honorários médicos, medicamento lucentis, materiais, soluções, medicamentos, gases, taxa de sala, taxa de sala de observação, taxas de equipamentos. | R\$ 3.853,55 |

2.7.1. No caso do paciente optar pela remuneração direta à OCS/PSA de LIO de qualidade superior àquela fornecida pelo FuSEx, fica estipulado o valor da LIO prevista no pacote de facetomia no valor de R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais), devendo o beneficiário do FuSEx arcar com o valor da diferença entre a fornecida e a de escolha do paciente, excluindo a responsabilidade dessa indenização pelo FuSEx.

2.8. PEDIATRIA

| Descrição do pacote | Valor R\$ |
|--|------------|
| ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICO INCLUI: consulta médica pediátrica ou com o médico especialista pediátrico, assistência de enfermagem, observação na urgência até 6hs, taxas de uso de equipamentos, sala e instrumentais permanentes, monitorização, materiais descartáveis e kits de consumo de rotina, medicamentos, exames laboratoriais, exames de raios-x, ultrassonografia, tomografia, nebulização e gases medicinais. | R\$ 345,94 |

| | |
|---|---------------------|
| <p>INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA (DIÁRIA) INCLUI: Internação clínica e cirúrgica pediátrica em apto individual, visita médica pediátrica ou do médico especialista pediátrico, assistência de enfermagem, assistência de fisioterapia, assistência de nutrição, assistência de fonoaudiologia, refeição do paciente e do acompanhante, dietas enterais e parenterais, uso de equipamentos, sala e instrumentais permanentes, monitorização, materiais descartáveis e kits de consumo, medicamentos, exames laboratoriais, exames de raios-x, ultrassonografia, tomografia, nebulização e gases medicinais.</p> | <p>R\$ 1.189,18</p> |
|---|---------------------|

2.9. OUTROS PACOTES

| Descrição do pacote | Valor R\$ |
|--|---------------------|
| <p>Pacote hemodiálise (30909031, 30909139, 30909147, 30909023) Inclusos: honorários médicos, materiais, capilar, medicamentos e taxas de equipamentos, máquinas de hemodiálise, de instrumentais e de sala.</p> | <p>R\$ 581,15</p> |
| <p>Pacote histeroscopia diagnóstica Inclusos: honorários médicos, materiais, medicamentos, taxas de equipamentos, vídeo, instrumentais e de sala.</p> | <p>R\$ 726,43</p> |
| <p>Pacote histeroscopia cirúrgica Inclusos: honorários médicos, materiais, medicamentos e taxas de equipamentos, vídeo, instrumentais e de sala.</p> | <p>R\$ 1.937,15</p> |
| <p>Pacote implante cateter quimioterapia Inclusos: materiais, medicamentos e taxas de equipamentos, máquinas de hemodiálise, instrumentais e de sala. exclusos: honorários médicos.</p> | <p>R\$ 2.783,77</p> |
| <p>PET CT Dedicado Oncológico: Inclusos: diárias, taxas, custo operacional, honorários profissionais, medicamentos, contraste e materiais descartáveis.</p> | <p>R\$ 3.351,34</p> |
| <p>ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA (4020224-0) INCLUI: honorários (médicos), taxa de sala por 1 (uma) hora, taxa de sala de recuperação por 1 (uma) hora, taxa de uso de vídeo (equipamento de ecoendoscopia digestiva), materiais descartáveis, medicamentos, filmes, gases medicinais, contrastes e acessórios. Materiais Especiais: 1 (uma) agulha de ecoendoscopia Boston Scientif 19G, 1 (um) cateter balão ponta do aparelho de ecoendoscopia. EXCLUI: honorários anestésicos, medicamentos de alto custo quando justificados, hemoterapia, exames laboratoriais e radiológicos, materiais especiais à complementação do exame (justificado pelo médico), tais como outros cateteres.</p> | <p>R\$ 4.776,52</p> |
| <p>ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (4020110-4) INCLUI: honorários médicos, taxa de sala por 1 (uma) hora, taxa de sala de recuperação por 1 (uma) hora, taxa de uso de vídeo (equipamento de ecoendoscopia digestiva), materiais descartáveis, medicamentos, filmes, gases medicinais, contrastes e acessórios. Materiais Especiais: 1 (um) cateter balão ponta do aparelho de ecoendoscopia. EXCLUI: honorários anestésicos, medicamentos de alto custo quando justificados, hemoterapia, exames laboratoriais e radiológicos, materiais especiais à complementação do exame (justificado pelo médico), tais como outros cateteres.</p> | <p>R\$ 2.616,75</p> |

| | |
|--|--------------|
| <p>ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA (4020111-2) INCLUI: honorários médicos, taxa de sala por 1 (uma) hora, taxa de sala de recuperação por 1 (uma) hora, taxa de uso de vídeo (equipamento de ecoendoscopia digestiva), materiais descartáveis, medicamentos, filmes, gases medicinais, contrastes e acessórios. Materiais Especiais: 1 (um) cateter balão ponta do aparelho de ecoendoscopia. EXCLUI: honorários anestésicos, medicamentos de alto custo quando justificados, hemoterapia, exames laboratoriais e radiológicos, materiais especiais.</p> | R\$ 1.892,97 |
|--|--------------|

2.10. EXAMES COMPLEMENTARES:

| DIAGNÓSTICOS | Valor R\$ |
|--|--|
| Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico) | CBHPM 5ª Edição – 2008, com banda redutora de 10% e UCO R\$13,51 |
| Exames Laboratoriais | |
| Exames endoscópicos | |
| Demais Exames | |
| SADT | |
| Exame toxicológico de larga janela de detecção em cabelo | R\$ 216,22 |
| Filmes radiográficos | CBHPM 5ª Edição – 2008, no valor de R\$ 23,46 (vinte e três reais e quarenta e seis centavos), por metro quadrado, conforme Colégio Brasileiro de Radiologia |

3.0. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

3.1. Os procedimentos odontológicos previstos na legislação vigente e autorizados pelo Sistema de Saúde do Exército terão como referência para pagamento a Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos - VRPO 2011 (Associação Brasileira de Odontologia - Seção Distrito Federal – Regional Taguatinga) - elaborada pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos com os valores atualizados pelo INPC-IBGE 6,87% de 1º AGO 10 a 31 JUL 11, publicado no DOU do dia 12 AGO 11. Os serviços previstos apresentarão as seguintes reduções:

| DESCRIÇÃO | REDUÇÃO |
|-----------------|-------------------------------|
| Prevenção | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |
| Odontopediatria | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |
| Dentística | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |
| Periodontia | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |
| Endodontia | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |
| Cirurgia | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |
| Prótese | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |
| Ortodontia | ABO/VRPO 2014 com redução 20% |

3.2. Para os procedimentos laboratoriais de Prótese Dentária, cumprindo a legislação vigente, o Sistema de Saúde do Exército não cobre ou financia próteses odontológicas, cabendo ao beneficiário arcar com esta despesa diretamente junto ao prestador.

3.3. **Procedimentos de Radiologia – Odontologia:** os procedimentos a seguir relacionados serão apreçados e remunerados tendo como referência os valores Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos. A referência de valor da UH (Unidade de Honorário) será de R\$ 0,84 (oitenta e quatro centavos) e da UC (Unidade de Custo) será R\$ 0,40 (quarenta

centavos). Porém, o valor total do procedimento terá banda de redução no percentual de 20%; de acordo com que se segue:

| PROCEDIMENTO | UH | VF H | UC | VF C | VT P | VF P |
|---|-----|------------|----|-----------|------------|------------|
| Fotografia - unidade | 10 | R\$ 8,40 | 5 | R\$ 2,00 | R\$ 10,40 | R\$ 8,32 |
| Modelos ortodônticos - par | 40 | R\$ 33,60 | 25 | R\$ 10,00 | R\$ 43,60 | R\$ 34,88 |
| Radiografia da ATM - série completa | 60 | R\$ 50,40 | 23 | R\$ 9,20 | R\$ 59,60 | R\$ 47,68 |
| Radiografia da mão e punho - carpal | 50 | R\$ 42,00 | 26 | R\$ 10,40 | R\$ 52,40 | R\$ 41,92 |
| Radiografia interproximal - bite-wing | 16 | R\$ 13,44 | 5 | R\$ 2,00 | R\$ 15,44 | R\$ 12,35 |
| Radiografia oclusal | 40 | R\$ 33,60 | 11 | R\$ 4,40 | R\$ 38,00 | R\$ 30,40 |
| Radiografia panorâmica | 60 | R\$ 50,40 | 21 | R\$ 8,40 | R\$ 58,80 | R\$ 47,04 |
| Radiografia periapical | 16 | R\$ 13,44 | 5 | R\$ 2,00 | R\$ 15,44 | R\$ 12,35 |
| Radiografia ântero-posterior da região BMF | 60 | R\$ 50,40 | 23 | R\$ 9,20 | R\$ 59,60 | R\$ 47,68 |
| Radiografia póstero-anterior da região BMF | 60 | R\$ 50,40 | 23 | R\$ 9,20 | R\$ 59,60 | R\$ 47,68 |
| Slides - unidade | 10 | R\$ 8,40 | 5 | R\$ 2,00 | R\$ 10,40 | R\$ 8,32 |
| Telerradiografia com traçado computadorizado | 60 | R\$ 50,40 | 29 | R\$ 11,60 | R\$ 62,00 | R\$ 49,60 |
| Telerradiografia sem traçado computadorizado | 50 | R\$ 42,00 | 23 | R\$ 9,20 | R\$ 51,20 | R\$ 40,96 |
| Tomografia computadorizada por feixe cônico - cone beam | 420 | R\$ 352,80 | 90 | R\$ 36,00 | R\$ 388,80 | R\$ 311,04 |
| Tomografia convencional - linear ou multidirecional | 120 | R\$ 100,80 | 30 | R\$ 12,00 | R\$ 112,80 | R\$ 90,24 |
| Documentação Ortodôntica Completa | X | X | X | X | X | R\$ 171,73 |

UH - Unidade de Honorário: R\$ 0,84 (oitenta e quatro centavos)

VF H: Valor Final de Honorário

UC - Unidade de Custo: no valor de R\$ 0,40 (quarenta centavos)

VF C: Valor Final de Custo

VT P: Valor Total do Procedimento

VF P - Valor Final do Procedimento: com redutor de 20%

4. TERAPIAS EM GERAL:

4.1. FONOAUDIOLOGIA/NUTRIÇÃO/PSICOLOGIA/TERAPIA OCUPACIONAL:

| ESPECIALIDADE | Avaliação | Sessão | Sessão Familiar |
|---------------------|-----------|-----------|-----------------|
| Fonoaudiologia | R\$ 55,68 | R\$ 55,68 | - |
| Nutrição | R\$ 55,68 | R\$ 55,68 | - |
| Psicologia | R\$ 61,24 | R\$ 61,24 | R\$ 77,94 |
| Terapia Ocupacional | R\$ 55,68 | R\$ 55,68 | - |
| Enfermagem | R\$ 59,46 | - | |

4.2. REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL, DOMICILIAR E HOSPITALAR: conforme o REFERENCIAL NACIONAL DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS – RNPF, Anexo I da Resolução 428, de 8 JUL 13, do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional), publicada no DOU nº 146, Seção I, em 31 JUL 13.

com CHF (Coeficiente de Honorários Fisioterapêuticos) no valor de R\$ 0,43 (quarenta e dois centavos), com banda redutora de 20% (vinte por cento).

4.3. CONSULTORIA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA PARA AVALIAR E DESENVOLVER UM PLANO DE TERAPIA INDIVIDUALIZADA E ACOMPANHAR O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM DESENVOLVIMENTO ATÍPICO, ATRAVÉS DA TERAPIA “ABA”.

| ATENDIMENTO DE PESSOAS COM DESENVOLVIMENTO ATÍPICO, ATRAVÉS DA TERAPIA ABA NAS SEGUINTE ESPECIALIDADES: | | |
|---|--|------------------------------------|
| Ref | Descrição | Valor (R\$) |
| 1 | Analista Comportamental | R\$ 250,00 (a hora) |
| 2 | Fonoaudiologia | R\$ 120,00 (50 min a sessão) |
| 3 | Terapia Ocupacional | R\$ 120,00 (50 min a sessão) |
| 4 | Psicopedagogia | R\$ 80,00 (50 min a sessão) |
| 5 | Psicomotricidade | R\$ 50,00 |
| 6 | Consultoria especializada em Psicologia para avaliar e desenvolver um plano de terapia individualizada e acompanhar o atendimento de pessoas com desenvolvimento atípico, através da terapia ABA | R\$ 300,00 por hora de consultoria |

5. PARA O APREÇAMENTO E REMUNERAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DOS MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES: quando não incluídos nos custos operacionais dos exames ou procedimentos, os materiais e medicamentos deverão ser remunerados nos seguintes termos:

5.1 MEDICAMENTOS:

| Ref | Descrição | Valor (R\$) |
|-----|--|--|
| 1 | Medicamento hospitalar e HOME CARE, uso restrito a hospitais e clínicas, ou não, genéricos | Tabela BRASÍNDICE: Preço de Fábrica + 10%, ou nota fiscal + 10% - se uso restrito, quando não previsto na revista BRASÍNDICE |
| 2 | Medicamento hospitalar e para HOME CARE, uso restrito a hospitais e clínicas de referência (Hospitais com padronização de medicamentos, com utilização comprovada pela auditoria). | Tabela BRASÍNDICE: Preço de Fábrica + 10%, ou nota fiscal + 10% - quando não previsto na revista BRASÍNDICE. |

5.1.1 Para o apreçamento e remuneração de medicamentos, utilizar-se-á como referência a tabela BRASÍNDICE, atualizada, correspondente à época do atendimento, observando-se, ainda, o seguinte:

5.1.1.1. A utilização de medicamento será remunerada tendo-se como teto máximo o “Preço Fabricante 18% – PF 18%”, conforme previsto na Resolução nº 3 de 4 MAIO 09, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, admitindo-se o acréscimo de até 10% (dez por cento) de taxa de comercialização, já inclusos os tributos.

5.1.2. No caso de medicamentos oncológicos, será utilizada como referência a tabela do Guia Farmacêutico BRASÍNDICE se os mesmos constarem da Lista de Isenção do ICMS para Medicamentos Oncológicos.

5.1.2.1. Os medicamentos oncológicos remunerados com base na Tabela BRASÍNDICE também terão como teto máximo o PMC (Preço Máximo ao Consumidor). Caso o medicamento não

tenha o PMC, aplicar-se-á o constante no subitem 5.1.1.1. deste Anexo.

5.1.2.2. Os medicamentos oncológicos não inseridos na Lista de Isenção do ICMS para Medicamentos Oncológicos do Guia BRASÍNDICE serão remunerados pelo valor de nota fiscal + 10% (dez por cento), referente à época do atendimento e o justo valor, correspondente à tributação de ICMS vigente;

5.1.3. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica e será considerado o medicamento similar/genérico de menor valor constante da Tabela BRASÍNDICE atualizada.

5.1.4. No caso de medicamentos não constantes da Tabela BRASÍNDICE, serão remunerados pelo valor de nota fiscal + 10% (dez por cento), referentes à época do atendimento e o justo valor.

5.1.5. Para o apuração e a remuneração de medicamentos não constantes nas tabelas de referência apresentadas (medicamentos de preço livre), o CREDENCIADO deverá comprovar o custo do mesmo, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se o acréscimo de 10% (dez por cento) de taxa de comercialização.

5.1.6 Os medicamentos utilizados serão os Genéricos (Lei nº 9.787, de 10 FEV 1999). Medicamentos de referência, quando utilizados, deverão ser devidamente justificados pelo profissional solicitante.

5.1.7. Os medicamentos para uso ambulatorial não têm cobertura.*

5.2. MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES:

| Ref. | Descrição | Remuneração |
|------|--|-----------------------------------|
| 1 | Materiais descartáveis de uso hospitalar e HOME CARE | Tabela SIMPRO com deflator de 20% |

5.2.1. Para o apuração e remuneração de materiais, utilizar-se-á como referência a tabela SIMPRO, atualizada, referente à época do atendimento e o justo valor, tendo como teto máximo pelo "Preço Fabricante 18% (PF 18%)", sem margem de comercialização e com deflator de 20%.

5.2.1.1. Materiais descartáveis não cobertos:

- Abaixador de língua
- Absorvente higiênico
- Bandeja para raquianestesia ou bandejas em geral
- Blusas descartáveis
- Bom ar
- Borracha de silicone
- Borracha para aspirador
- Camisa para microcamera
- Caneta para bisturi descartável
- Cânula de guedel
- Chuca/chupeta
- Cidex
- Clorohex
- Conector
- Conexão para aspiração, bomba e pressão
- Creme dental

- Dermoidine, germ-hand, sterilderm, álcool iodado (inclusos nas diárias e taxas de sala)
- Dome p/ transdutor de pressão
- Esponja para banho
- Esponjas em geral
- Éter benzina e tintura de iodo (inclusos nas diárias e taxas de sala)
- Filme endoscópico
- Fisohex, povidine
- Formol
- Frascos para exames
- Gel para biométrica
- Gerador de tecnecia
- Germopol
- Gesso sintético
- Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças (inclusos nas diárias e taxas de sala)
- Kits descartáveis prontos
- Lençol descartável
- Luva para aparelho de laparoscopia
- Manteiga de cacau
- Mercúrio de prata
- Ostedlite
- Palito de laranja
- Pasta gel
- Pijama descartável
- Placa para bisturi
- Plug adaptador macho
- Protetor de cone Luer (fechamento Luer Lock)
- Sabonete
- Sensor infantil/ neonatal
- Sensor para oxímetro
- Subgalato de bisnuto
- Toalha descartável

5.2.1.2. Materiais descartáveis cobertos com restrições:

- Atadura de crepom: será pago somente quando houver indicação. Em caso de contenção no leito, será pago apenas quando devidamente prescrito pelo médico responsável;
- Cateter tipo óculos: será pago um a cada sete dias;
- Bolsa de colostomia Karaya drenável: será paga uma a cada sete dias e em caso justificado pelo enfermeiro; e,
- Cateter de acesso central: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada à punção.

5.3. ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS E CIRÚRGICOS (OPMEC):

| Ref. | Descrição | Remuneração |
|------|---|--|
| 1 | Órteses, Próteses, Materiais Especiais Cirúrgicos (OPMEC) | Menor valor entre 3 (três) orçamentos com NF + 10% (dez por cento) |

5.3.1. Serão adquiridos, em regra, diretamente pelo HGuJP, por meio de regular processo licitatório, junto ao fornecedor vencedor do certame.

5.3.2. Quando o material não estiver em processo licitatório e este não puder ser realizado sem prejuízo à saúde do beneficiário do FuSEx, PASS, Fator de Custo ou Ex-Cmb, as OPMEC poderão ser adquiridas por intermédio do CREDENCIADO e incluídos na conta hospitalar, **mediante autorização da Seção FuSEx do HGuJP** e precedida de pesquisa de preços, que deverá conter, no mínimo, 03 (três) orçamentos ou, quando não for possível obtê-los, comunicados de não disponibilidade de material, sendo remunerados no menor preço, mediante apresentação de nota fiscal que comprove o real e justo custo do material, admitindo-se taxa de comercialização de até 10% (dez por cento).

5.3.3. Nos casos de urgência ou emergência, e tendo o CREDENCIADO disponibilidade, poderá fornecer diretamente as Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Cirúrgicos (OPMEC), mediante autorização da Seção FuSEx do HGuJP, sendo que para o apreçamento e a remuneração dos mesmos, utilizar-se-á como referência o real e justo custo do material referente à data de utilização, mediante comprovação por meio da apresentação de nota fiscal e compatibilidade com os preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se, neste último caso, o acréscimo de até 10% (dez por cento) de taxa de comercialização.

5.3.4. O valor da taxa de comercialização inclui o armazenamento, dispensação e esterilização do material (OPMEC).

5.4 DIETAS ESPECIAIS E OUTROS PRODUTOS NUTRICIONAIS INDUSTRIALIZADOS:

| Ref. | Descrição | Remuneração |
|-------------|-------------------------------|--|
| 1 | Dietas Hospitalar e HOME CARE | Tabela BRASÍNDICE preço de fábrica com redutor de 30% (trinta por cento) |

5.4.1 As DIETAS ESPECIAIS serão adquiridas, em regra, diretamente pelo HGuJP, por meio de regular processo licitatório, junto ao fornecedor vencedor do certame.

5.4.2. Quando as dietas não estiverem em processo licitatório e este não puder ser realizado sem prejuízo à saúde do beneficiário do FuSEx, PASS, Fator de Custo ou Ex-Cmb, ou nos casos de urgência ou emergência, e tendo o CONTRATADO disponibilidade, poderá fornecer diretamente as **dietas especiais, mediante autorização da Seção FuSEx do HGuJP**, sendo que para o apreçamento e a remuneração dos mesmos utilizar-se-á como referência a Tabela BRASÍNDICE, tendo como teto máximo o "Preço Fabricante 18% (PF 18%)", sem margem de comercialização e com deflator de 30% (trinta por cento);

5.4.3. Para as dietas comuns observar-se-á o previsto no subitem 6.1.1 deste REFERENCIAL.

5.5. SANGUE E HEMOCOMPONENTES: o CONTRATADO providenciará a documentação necessária para solicitação junto ao Hemocentro da Capital (João Pessoa), observando o que prescreve a Portaria nº 1.737, de 19 AGO 04, do Ministério da Saúde.

5.5.1. O CONTRATADO fará constar da conta hospitalar, por ocasião da apresentação das faturas, os valores correspondentes aos custos operacionais referentes aos testes de compatibilidade, conforme Tabela de Referência constante da Portaria nº 1.469 de 10 JUL 06.

5.6. O CONTRATANTE realizará a aferição das faturas, especialmente quanto à adequação do custo

ao preço de mercado, por meio de seu Serviço de Auditoria Médica, conforme o procedimento previsto no contrato.

5.7. O CONTRATADO, por ocasião da confecção das faturas, se obriga a apresentar à CONTRATANTE os códigos da tabela SIMPRO referentes aos materiais efetivamente utilizados. A falta dos mesmos implicará no apreamento e remuneração similar de menor valor.

6. AS DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS HOSPITALARES:

6.1. DAS DIÁRIAS:

6.1.1. A Diária Hospitalar inclui assistência enfermagem (incluindo curativos), serviço de camareira, copeira, serviços gerais, alojamento e alimentação do paciente e será paga conforme os valores constantes na tabela abaixo:

| Ref | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|-----|---|-------|--------------|
| 1. | Unidade Tratamento Intensivo | Dia | R\$ 867,53 |
| 2. | Unidade Tratamento Intensivo infantil / neonatal | Dia | R\$ 867,53 |
| 3. | Isolamento em UTI | Dia | R\$ 1.127,79 |
| 4. | Unidade de Terapia Semi Intensiva | Dia | R\$ 597,83 |
| 5. | Berçário Normal | Dia | R\$ 92,47 |
| 6. | Berçário de Alto risco / patológico | Dia | R\$ 308,03 |
| 7. | Apartamento acomodação individual, com ar, TV e Frigobar | Dia | R\$ 434,03 |
| 8. | Isolamento em Apartamento | Dia | R\$ 523,25 |
| 9. | Diária Hospital Day Apartamento Privativo (internação de 6 a 12 horas) | Uso | R\$ 260,43 |
| 10. | Diária Hospital Day Enfermaria (internação de 6 a 12 horas) | Uso | R\$ 159,88 |
| 11. | Enfermaria (alojamento conjunto) | Dia | R\$ 229,35 |
| 12. | Diária de acompanhante (pernoite, café da manhã, almoço, jantar e ceia) | Dia | R\$ 75,06 |
| 13. | Observação em PS até 6 horas | Uso | R\$ 75,02 |
| 14. | Observação em PS por hora subsequente até 12h | Uso | R\$ 12,50 |

6.2. DO APREÇAMENTO DAS TAXAS DE SALAS CIRÚRGICAS E AMBULATORIAIS:

| Descrição | | Fator | Valor (R\$) |
|---------------------|--|-------|-------------|
| SALAS CIRÚRGICAS | | | |
| Ref. | Descrição | | |
| 1 | Porte 0 – pequena cirurgia | Uso | R\$ 139,93 |
| 2 | Porte 1 – pequena cirurgia | Uso | R\$ 395,14 |
| 3 | Porte 2 – média cirurgia | Uso | R\$ 510,36 |
| 4 | Porte 3 – média cirurgia | Uso | R\$ 569,64 |
| 5 | Porte 4 – grande cirurgia | Uso | R\$ 690,67 |
| 6 | Porte 5 – grande cirurgia | Uso | R\$ 805,06 |
| 7 | Porte 6 – especial | Uso | R\$ 851,83 |
| 8 | Porte 7 – especial | Uso | R\$ 925,25 |
| SALAS AMBULATORIAIS | | Fator | Valor (R\$) |
| Ref. | Descrição | | |
| 9 | Taxa de cirurgia ambulatorial (equivalente ao porte 0) | Uso | R\$ 135,86 |
| 10 | Taxa de recuperação pós-anestésica | Uso | R\$ 158,91 |
| 11 | Taxa de Sala de Hemodinâmica | Uso | R\$ 595,10 |
| 12 | Taxa de Sala de quimioterapia/ Infusão de medicações | Uso | R\$ 33,00 |

| | | | |
|----|---|-----|-----------|
| 13 | Taxa de Sala de Gesso uso | Uso | R\$ 58,47 |
| 14 | Taxa de Sala de Endoscopia (urológica, digestiva, respiratória) | Uso | R\$ 29,40 |
| 15 | Taxa de sala de Emergência | Uso | R\$ 36,32 |

6.3. DEFINIÇÕES E CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

6.3.1. DIÁRIA HOSPITALAR: É a permanência de um paciente por um período de 12 a 24 horas em uma instituição hospitalar.

6.3.2. HOSPITAL-DIA: é a forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial com duração superior a 6 horas. São beneficiados pela assistência prestada por Hospital-Dia os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos terapêuticos realizados em ambiente hospitalar (ex: medicação assistida, biópsia entre outras), mas que apresentem condições clínicas de permanecer em seu domicílio.

6.3.2.1. A hora inicial será aquela referente à admissão do paciente no Centro Cirúrgico, conforme evolução da enfermagem. O paciente deverá ser acompanhado/reavaliado pelo cirurgião ou seu substituto até o momento da alta, conforme lançamento no prontuário médico.

6.3.3. TAXA DE PERMANÊNCIA EM ATÉ 6 HORAS: É a ocupação de ambiente hospitalar pelo usuário, em acomodação privativa ou coletiva não ultrapassando 6 horas.

6.3.4. ACOMPANHANTE: Em cumprimento ao previsto no Art. 12, da Lei 8.069/1990, a CONTRATADA deverá proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, assim como ao responsável pelo idoso, nos termos da Lei 8.842/1994. A diária de acompanhante será custeada em conformidade com a Portaria nº 048-DGP, de 28 FEV 08, que aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército Brasileiro (IR 30-38), em seu Artigo 64, §1º e §2º.

6.3.5. COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS: No valor das DIÁRIAS GLOBAIS não estão incluídos: materiais e medicamentos, sangue e hemoderivados, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, leito especial (isolamento), além dos honorários devidos aos médicos e fisioterapeutas hospitalares, observando-se, ainda, o seguinte:

a) Diária de Acompanhante: acomodação adequada para repouso do acompanhante; desjejum; almoço, Jantar, ceia; rouparia de cama e banho. Será remunerado conforme o item 6.3.4.

b) Diária de Apartamento Individual: quarto privativo, composto de acomodações para o paciente e para acompanhante. Inclui registro de internação; leito próprio em apartamento exclusivo; banheiro exclusivo; aparelho de televisão; aparelho condicionador de ar; colchão especial (térmico, caixa de ovo, d'água), se necessário; serviços de camareira, copeira e limpeza; dieta de acordo com a prescrição médica ou do Serviço de Nutrição e Dietética, exceto dietas especiais (enteral, parenteral, via sonda, gastrostomia, jejunostomia, ileostomia...); cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental; cuidados de Enfermagem (administração de medicamentos por qualquer via; preparo, instalação e manutenção de venoclise e aparelhos de monitorização; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; curativos; aspirações, inalações; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia...); transporte de equipamentos (raio-x, eletrocardiógrafo, ultrassom etc.) cuidados de higiene do paciente e preparo do corpo em caso de óbito); orientação nutricional no momento da alta; atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; aspirador de secreções; bomba de infusão contínua; eletrocardiógrafo; Equipamento de Proteção Individual dos profissionais (luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés...); taxa de inalação/nebulização; taxas administrativas;

fototerapia; berço comum; monitor multiparâmetros (ou similar) fora do CTI; necrotério.

c) Apartamento Individual (Pediatria ou Obstetrícia): quarto privativo, composto de acomodações para o paciente e para acompanhante. Inclui todos os itens da diária de apartamento acrescidos de berço aquecido ou berço comum (alojamento conjunto).

d) Berçário:

- **Comum:** quarto com berços comuns para recém-nascidos. Inclui todos os itens da diária de apartamento acrescidos de berço aquecido; acomodação adequada para repouso do acompanhante; desjejum e rouparia de cama e banho para o acompanhante. Pode ser cobrada diária de acompanhante separadamente.

- **Alto Risco / Patológico:** quarto para atendimento a recém-nascidos, que requeiram cuidados especiais. Inclui todos os itens da diária de Apartamento acrescidos de berço aquecido/incubadora; acomodação adequada para repouso do acompanhante; desjejum e rouparia de cama e banho para o acompanhante. Pode ser cobrada diária de acompanhante separadamente.

e) Enfermaria: composto de quarto coletivo para 2 ou mais pacientes, com banheiro comum. Inclui todos os itens da diária de Apartamento Standard, sendo o leito próprio em apartamento conjunto.

f) Enfermaria (Pediatria ou Obstetrícia): Composto de quarto coletivo para 2 ou mais pacientes, com banheiro comum. Inclui todos os itens da diária de Enfermaria acrescidos de berço aquecido ou berço comum; (alojamento conjunto).

g) Hospital Dia (de seis a doze horas) apartamento: inclui todos os itens da diária de Apartamento Standard.

h) Hospital Dia (de seis a doze horas) enfermaria: inclui todos os itens da diária de Apartamento Standard, sendo o leito próprio em apartamento conjunto.

i) Observação em Pronto Socorro até 6h: inclui registro de internação; leito próprio (cama); colchão especial (térmico, caixa de ovo, d'água), se necessário; rouparia de cama e banho do paciente; serviço de camareira, copeira e limpeza; cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental; cuidados de Enfermagem (administração de medicamentos por qualquer via; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos de monitorização; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; mudanças de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia...); cuidados de higiene do paciente e preparo do corpo em caso de óbito); atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; aspirador de secreções; Bomba de Infusão Contínua; Eletrocardiógrafo; Equipamento de Proteção Individual dos profissionais (Luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés, etc.); taxa de curativos; taxa de inalação/nebulização; taxas administrativas; fototerapia; berço comum; monitor multiparâmetros (ou similar) fora do CTI; necrotério.

j) Observação em Pronto Socorro acima de 6h: inclui todos os itens da Observação em Pronto Socorro até 6h acrescidos de alimentação para o paciente após 06 (seis) horas, quando possível (de acordo com o estado clínico do paciente).

k) U.T.I. Adulto, Pediátrica e Neonatal: acomodação com mais de um leito para tratamento intensivo com presença médica permanente. Inclui todos os itens da diária de Apartamento Standard acrescidos de toda a monitorização (invasiva ou não invasiva, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, etc.) desfibrilador/cardioconversor, nebulizador e aspirador a vácuo (exceto o de aspiração contínua), e BIC sobressalentes, quando necessárias.

l) Unidade de Atendimento Coronariano: Inclui todos os itens da diária de U.T.I. Adulto, Pediátrica e Neonatal.

m) Unidade de Terapia Semi Intensiva (UTSI): Inclui todos os itens da diária de U.T.I. Adulto, Pediátrica e Neonatal.

6.3.5.1 Excluir-se-á do valor da diária da UTI, os exames complementares, curativos especiais, gases, materiais, medicações, máquina de hemodiálise, intercorrências cirúrgicas e honorários médicos.

6.3.5.2 Os serviços de médicos plantonistas serão remunerados conforme valores constantes na CBHPM 5ª Edição - 2008, sem redutor, por paciente por 12 (doze) horas;

6.3.5.3 Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (intracath), conforme descrito na Tabela CBHPM 5ª Edição - 2008.

6.3.6. CONTAGEM DOS PRAZOS: As diárias hospitalares são indivisíveis e se encerram ao meio dia (12h), com tolerância de até 2 (duas) horas.

6.3.6.1. As diárias serão contadas do dia imediato ao da internação ao dia da alta hospitalar, inclusive, e quando iniciada após 6h da manhã de um dia, se encerra no dia subsequente às 12h.

6.3.7. DA ALTA ADMINISTRATIVA: As internações de longa duração (superiores a trinta dias) deverão sofrer processo de **alta administrativa a cada 15 (quinze) dias**, com a remessa das faturas parciais no prazo previsto no contrato e solicitada emissão de nova Guia de Encaminhamento ao FUSEx, por meio do médico da auditoria concorrente.

6.3.8. DA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA E DO ÓBITO: As internações ocorridas em caráter de urgência/emergência, bem como os óbitos deverão ser informados ao FuSEx no dia da ocorrência ou no primeiro dia útil imediatamente após o fato, pelo telefone 2106-1735 / 2106-1789 ou ao médico da auditoria concorrente. No caso de óbito, a fatura referente à internação deverá ser remetida em até 7 (sete) dias à Seção de Auditoria para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

6.3.9. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

a) Juntamente com as contas referentes a procedimentos cirúrgicos, a CONTRATADA fica obrigada a remeter uma cópia legível da descrição cirúrgica, folha de anestesia, folha de sala de recuperação anestésica, as notas fiscais dos materiais especiais utilizados, assim como lacres e/ou embalagens dos OPME e imagens que comprovem a utilização dos mesmos.

b) Serão observadas as normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para o cálculo de tempo de utilização e para a reutilização de materiais médico-hospitalares.

6.3.10. Para o pagamento da TAXA DE SALA em Centro Cirúrgico será considerado **apenas** o maior Porte Anestésico dentre os procedimentos realizados no paciente, conforme a Tabela CBHPM 5ª Edição.

6.3.11. SALA DE RECUPERAÇÃO: A cobrança da taxa de sala de recuperação pós anestésicas só caberá a pacientes que foram submetidos a anestesia geral, raqui-anestesia ou peridural, com acompanhamento pós-anestésico do cirurgião ou do anestesista, com devido registro na folha de anestesia, ou na folha de sala de recuperação pós anestésica.

6.3.12. SERVIÇOS E TAXAS ADMINISTRATIVAS: já estão inclusos nos valores das diárias as taxas de registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento e transporte de equipamentos.

6.3.13. DO LOCAL DO ATENDIMENTO: Em Hospitais que atendem ao SUS, o atendimento dos beneficiários do FuSEx/PASS deverá ser realizado em local separado daquele destinado aos paciente do SUS.

6.3.14. DA INDISPONIBILIDADE DE ACOMODAÇÃO: Em caso de indisponibilidade da acomodação a que o paciente faz jus, caberá ao contratado aloca-lo, pelo tempo necessário, em outra acomodação superior àquela, sem ônus adicional para o FuSEx.

6.3.15. Os materiais descartáveis constantes da lista que se segue NÃO serão remunerados pelo CREDENCIANTE por já estarem contidos no valor das taxas globais ou dos procedimentos ou, ainda, devido a aquisição ser de responsabilidade do beneficiário:

1. Alcool 70% ou iodado;
2. Absorvente higiênico e fraldas;
3. Bandeja para raquianestesia;
4. Odorizador de ambientes (Bom ar)
5. Borracha de silicone;
6. Borracha para aspirador;
7. Cabo bipolar;
8. Camisa para microcâmera;
9. Campo cirúrgico (operatório) descartável;
10. Caneta para bisturi descartável;
11. Capa para microscópio;
12. Chuca/chupeta;
13. Cidex;
14. Detergente enzimático ou iodado (Cloro hex, PVPI tópico, PVPI degermante)
15. Tampa para soro (Combi-red);
16. Conector;
17. Conexão para aspiração, bomba e pressão;
18. Creme dental;
19. Dome p/ transdutor de pressão ref; 129ck-020;
20. Escova descartável com degermante;
21. Esponja para banho;
22. Filme endoscópico;
23. Filtro respirador;
24. Formol;
25. Frascos para exames;
26. Gancho de iris;
27. Gel para biométrica;
28. Gerador de tecnecia;
29. Germpol;
30. Gesso sintético;
31. Lanceta;
32. Latex;
33. Lençol descartável;
34. Luva para aparelho de laparoscopia;
35. Manteiga de cacau;
36. Mercúrio de prata;
37. Ostedlite;
38. Palito de laranjeira;

39. Papa lixo;
40. Pasta gel;
41. Pijama descartável;
42. Placa para bisturi;
43. Plug adaptador macho;
44. Sabonete;
45. Sensor infantil/ neonatal;
46. Sensor para oxímetro;
47. Subgalato de bisnuto;
48. Toalha descartável;
49. Trava interlink;
50. Tubo de coleta para lâmina de vidro para microscópio.

6.3.16. A TAXA DE SALA (CIRÚRGICA E OBSTÉTRICA): será remunerada de acordo com o porte cirúrgico/obstétrico da Tabela CBHPM 5ª Edição. Compreende serviços de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais, instrumentação cirúrgica, curativos, rouparia permanente completa que inclui campos cirúrgicos compressas lavagem e esterilização, compreendem ainda instrumental cirúrgico apropriado para cada procedimento, aspirador elétrico ou vácuo fixo, cardioversor ou desfibrilador, oxímetro de pulso e capnógrafo, bisturi elétrico, aparelho de anestesia e monitor cardíaco, mesa cirúrgica, anti-sepsia do paciente, equipe, equipe cirúrgica e auxiliares. Não compreende materiais descartáveis, medicações, materiais especiais, órteses, próteses, honorários profissionais e equipamentos necessários ao ato cirúrgico não relacionados nesta assertiva.

6.3.16.1. Quando forem realizados procedimentos cirúrgicos que envolvam 2 (dois) portes de sala, remunerar-se-á apenas o de maior valor.

6.3.17. DA COMPOSIÇÃO DAS SALAS DE CIRURGIA:

a) PORTE 0 – PEQUENA CIRURGIA: inclui sala cirúrgica; rouparia da sala, da enfermagem, dos médicos e paciente; serviço de enfermagem do procedimento; mesa principal e auxiliares; antissepsia da sala; iluminação (focos); preparo do paciente (sondagens, tricotomia etc); taxa de hora parada; instrumental (incluindo antissepsia); assepsia e antissepsia da equipe e do paciente (pvpi degermante, tópico, álcool 70%, álcool iodado); equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés, entre outros); paramentação; campos descartáveis ou reutilizáveis; taxa de esterilização; equipamento para monitorização (monitor multiparâmetro, oxímetro de pulso e outros); aparelho de anestesia (e filtros); bisturis elétricos; taxa de aparelho de raios-x; aspirador de secreções; capnógrafo; respirador; bomba de infusão contínua; ar comprimido; curativos; retirada de gesso; eletrocardiógrafo; desfibrilador/cardioconversor; transporte do paciente; facoemulsificador; microscópio cirúrgico.

b) PORTE 1 – PEQUENA CIRURGIA: Inclui todos os itens referentes ao Porte 0 – pequena cirurgia;

c) PORTE 2 – MÉDIA CIRURGIA: Inclui todos os itens referentes ao Porte 0 – pequena cirurgia;

d) PORTE 3 – MÉDIA CIRURGIA: Inclui todos os itens referentes ao Porte 0 – pequena cirurgia;

e) PORTE 4 – GRANDE CIRURGIA: inclui todos os itens referentes ao Porte 0 – pequena cirurgia;

f) **PORTE 5 – GRANDE CIRURGIA:** inclui todos os itens referentes ao Porte 0 – pequena cirurgia acrescidos de berço aquecido e aspirador de secreções extra;

g) **PORTE 6 – ESPECIAL:** inclui todos os itens referentes ao Porte 0 – pequena cirurgia;

h) **PORTE 7 – ESPECIAL:** inclui todos os itens referentes ao Porte 0 – pequena cirurgia;

6.3.18. DA COMPOSIÇÃO DAS TAXAS DE SALA AMBULATORIAIS (quando não houver previsão de UCO na CBHPM)

a) **TAXA DE SALA DE EXAMES ENDOSCÓPICOS (do aparelho digestivo e anexos):** compreende equipamentos próprios para o procedimento e os necessários para monitorização do paciente, serviços de enfermagem, assepsia e anti-assepsia, inclusive materiais anti-sépticos e leito para observação. Não compreende: material de consumo (descartáveis ou não), gasoterapia, equipamentos não descritos acima e honorários médicos.

b) **TAXA DE SALA PARA INFUSÃO MEDICAMENTOSA / QUIMIOTERAPIA:** compreende equipamentos próprios para o procedimento e os necessários para monitorização do paciente, serviços de enfermagem, assepsia e anti-assepsia com a inclusão de capela de fluxo laminar, leito e ou poltrona, rouparia e bomba de infusão. Não compreende: medicações, materiais de consumo (descartáveis ou não) e honorários médicos.

c) **TAXA DE SALA DE GESSO:** compreende serra para retirada de gesso, anti-assepsia e assepsia e serviços de enfermagem. Não compreende: material descartável, medicamentos e honorários médicos.

d) **TAXA DE SALA PARA PEQUENOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS** compreende assepsia e anti-sépticos do paciente e equipe médica, serviços de enfermagem, leito para observação e rouparia. Não compreende material de consumo descartável ou não, medicações, gasoterapia e honorários médicos.

e) **TAXA DE SALA PARA EXAMES DE IMAGEM (radiologia e exames contrastados):** compreende os serviços de enfermagem incluindo taxa pelo uso de bomba de infusão ou correlatos. Não compreende material de consumo descartável ou não, medicações, gasoterapia e honorários médicos.

f) **TAXA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA:** compreende leito para recuperação e acessórios, serviços de enfermagem do procedimento, limpeza e desinfecção ambiental, assepsia e anti-assepsia da equipe médica, rouparia permanente e campo cirúrgicos, lavagem e esterilização de material. Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente, Oxímetro de Pulso, Aspirador a vácuo e elétrico, Desfibrilador e Cardioversor, Monitor Cardíaco, Bomba de Infusão, Ventilador Mecânico e material de proteção individual. Não compreende materiais descartáveis, medicações, gasoterapia e honorários médicos.

g) **SALA DE HEMODIÁLISE:** inclui todos os itens referentes à Sala de Endoscopia (Urológica, Digestiva e Respiratória);

h) **SALA DE HEMODINÂMICA:** inclui todos os itens referentes à Sala de Endoscopia (Urológica, Digestiva e Respiratória);

i) **SALA DE EMERGÊNCIA:** inclui instalações da sala; Equipe especializada; paramentação; campos descartáveis ou reutilizáveis; Serviços de enfermagem do procedimento; Equipamentos/instrumental cirúrgico/instrumental de anestesia; equipamentos/instrumental de

ressuscitação/intubação/ventilação manual; Equipamento para monitorização; Desfibrilador/cardioconversor; assepsia da equipe e do paciente (PVPI degermante, tópicos, álcool 70%, álcool iodado); equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés, etc); Preparo do paciente (sondagens, tricotomia).

6.4. DOS CURATIVOS: Os curativos serão classificados e remunerados conforme descrição abaixo:

6.4.1. DO APREÇAMENTO DOS CURATIVOS (a nível ambulatorial)

| CURATIVOS (com material e medicamentos, exceto materiais especiais) | | | |
|---|-------------------|-------|-------------|
| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
| 1 | Curativo Especial | Troca | R\$ 67,56 |
| 2 | Curativo Grande | Troca | R\$ 62,10 |
| 3 | Curativo Médio | Troca | R\$ 56,29 |
| 4 | Curativo Pequeno | Troca | R\$ 50,09 |

6.4.2. DEFINIÇÕES E CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

6.4.2.1. Serão considerados curativos pequenos os seguintes: catéteres centrais e arteriais, cesáreas, flebotomia, histerectomia, incisões pequenas e outras da mesma classificação sem exsudato, traqueostomia, oftalmológico, apendicectomia aberta ou por vídeo, cirurgias de tireóide, varicocele, colecistectomia e retirada de pontos cirúrgicos.

6.4.2.2. Serão considerados curativos médios os seguintes: cirurgias infectadas (cesáreas), incisões com drenos, lesões cutâneas de média extensão, com exsudato entre outros.

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

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

6.5. GASOTERAPIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

6.5.1. DO APREÇAMENTO DOS GASES:

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|---|--------|-------------|
| 1 | Oxigênio por máscara/cateter, adulto | Hora | R\$ 16,45 |
| 2 | Oxigênio respirador adulto | Hora | R\$ 28,44 |
| 3 | Oxigênio pediátrico (tenda ou capacete) | Hora | R\$ 19,55 |
| 4 | Oxigênio respirador pediátrico | Hora | R\$ 25,83 |
| 5 | Nebulização por sessão em O2 (15 minutos) | Sessão | R\$ 3,97 |
| 6 | Ar comprimido | Hora | R\$ 25,62 |
| 7 | Protóxido de azoto | Hora | R\$ 85,74 |
| 8 | Óxido Nitroso | Hora | R\$ 44,21 |
| 9 | Gás Carbônico | Hora | R\$ 18,14 |
| 10 | Óxido Nítrico | Hora | R\$ 165,10 |

| | | | |
|---|------------|------|-----------|
| 1 | Nitrogênio | Hora | R\$ 27,78 |
|---|------------|------|-----------|

6.6. DAS TAXAS PELO USO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|-------|-------------|
| 1 | Aspirador uterino | Uso | R\$ 90,11 |
| 2 | Balão intra Aórtico | Dia | R\$ 328,49 |
| 3 | BIPAP (fora da UTI) | Dia | R\$ 50,11 |
| 4 | Bisturi Polar (fora do centro cirúrgico) | Uso | R\$ 47,15 |
| 5 | Bomba de circulação extra corpórea | Uso | R\$ 261,88 |
| 6 | Bomba de infusão (fora do Centro Cirúrgico/UTI e SRPA) | Dia | R\$ 51,88 |
| 7 | Capnógrafo (Enfermaria ou Apartamento por 24 h) | Dia | R\$ 115,03 |
| 8 | Craniótomo | Uso | R\$ 60,42 |
| 9 | Cistoscópio | Uso | R\$ 194,59 |
| 10 | Criocautério | Uso | R\$ 66,13 |
| 11 | Colchão Caixa de ovo | Dia | R\$ 64,45 |
| 12 | Criodiatermia Oftálmica (aparelho) | Uso | R\$ 66,13 |
| 13 | Dermátomo Elétrico | Uso | R\$ 49,06 |
| 14 | Desfibrilador (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) | Uso | R\$ 62,85 |
| 15 | Endolaser | Uso | R\$ 232,83 |
| 16 | Fototerapia (fora da UTI) | Dia | R\$ 49,77 |
| 17 | Garrote Pneumático | Uso | R\$ 86,49 |
| 18 | Intensificador de Imagem (uso em Centro Cirúrgico) | Uso | R\$ 323,63 |
| 19 | Laparoscópio cirúrgico/diagnóstico | Uso | R\$ 803,59 |
| 20 | Laser | Uso | R\$ 232,83 |
| 21 | Manta térmica (uso em Centro Cirúrgico) | Uso | R\$ 124,32 |
| 22 | Monitor Cardíaco (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) | Dia | R\$ 119,02 |
| 23 | Monitor de pressão não invasiva (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) | Dia | R\$ 105,34 |
| 24 | Monitor de pressão Venosa/Arterial Central (invasiva) | Dia | R\$ 108,97 |
| 25 | Monitor de pressão Intracraniana | Dia | R\$ 94,29 |
| 26 | Marcapasso externo cirúrgico | Uso | R\$ 117,66 |
| 27 | Marcapasso cardíaco temporário | Uso | R\$ 103,41 |
| 28 | Microscópio Cirúrgico | Uso | R\$ 139,79 |
| 29 | Microscópio Oftalmológico | Uso | R\$ 140,33 |
| 30 | Oxímetro de pulso, 24 h, (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) | Dia | R\$ 57,00 |
| 31 | Oxímetro de pulso, hora, (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) | Hora | R\$ 2,38 |
| 32 | Respirador de pressão, 24 h, sem O2 (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) | Dia | R\$ 92,11 |
| 33 | Respirador de pressão, hora, sem O2 (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) | Hora | R\$ 3,83 |
| 34 | Serra elétrica | Uso | R\$ 63,75 |
| 35 | Serra de Nitrogênio | Uso | R\$ 31,68 |
| 36 | Tração esquelética | Uso | R\$ 61,83 |
| 37 | Trépano Elétrico | Uso | R\$ 108,87 |
| 38 | Trépano de Nitrogênio | Uso | R\$ 31,37 |
| 39 | Vídeo Artroscópio cirúrgico/Diagnóstico | Uso | R\$ 389,14 |
| 40 | Vídeo Histeroscópio cirúrgico/Diagnóstico | Uso | R\$ 570,88 |
| 41 | Videoressectoscópio | Uso | R\$ 779,45 |
| 42 | Retinógrafo | Uso | R\$ 102,48 |

| | | | |
|----|-------------------|-----|------------|
| 43 | Vitreógrafo | Uso | R\$ 105,56 |
| 44 | Yanlaser | Uso | R\$ 444,06 |
| 45 | Facoemulsificador | Uso | R\$ 165,91 |
| 46 | Videolaparoscópio | Uso | R\$ 774,17 |

6.7. OUTRAS TAXAS

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|-------|-------------|
| 1 | Taxa de deslocamento (coleta laboratorial em domicílio; atendimento psicológico, nutricionista, enfermagem, para pacientes não incluídos no Home Care) | Uso | R\$ 15,57 |

7. SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (“HOME CARE”) E TRANSPORTE de PACIENTE EM AMBULÂNCIAS – REMOÇÃO / EVACUAÇÃO (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR MÓVEL)

7.1. DAS DIÁRIAS DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR:

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|-------|-------------|
| 1 | DIÁRIAS DE ALTA COMPLEXIDADE, incluso: a) Técnica de Enfermagem - 24 horas (diárias) b) Visita Médica (assistente) - 1 vez por semana c) Visita de Enfermeira - 2 vezes por semana d) Nutrição - avaliação 2 vezes por mês e) Remoção - Admissão Home Care e/ou internação hospitalar; f) Móveis e equipamentos: cama hospitalar, colchão, escada de dois degraus, cadeira higiênica, monitor, nobreak e suporte de soro; g) Suporte Respiratório: oxímetro, concentrador, BIPAP, BIC; h) Cilindro de oxigênio com fluxômetro | DIA | R\$ 436,02 |
| 2 | DIÁRIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, incluso: a) Técnica de Enfermagem - 12 horas diurnas (diárias) b) Visita Médica - 1 vez por semana c) Visita de Enfermeira - 2 vezes por semana d) Nutrição - avaliação 1 vez por mês e) Remoção - Admissão Home Care e/ou internação hospitalar; f) Móveis e equipamentos: cama hospitalar, colchão, escada de dois degraus, nobreak, cadeira higiênica, suporte de soro; e g) Monitorização: oxímetro, concentrador, BIPAP, BIC; h) Cilindro de oxigênio com fluxômetro | DIA | R\$ 231,22 |
| 3 | DIÁRIAS DE BAIXA COMPLEXIDADE, incluso: a) Técnica de Enfermagem - 6 horas (diárias) b) Visita Médica - 1 vez por semana c) Visita de Enfermeira - 2 vezes por semana d) Nutrição - avaliação 1 vez por mês e) Remoção - Admissão Home Care e/ou internação hospitalar; f) Móveis e equipamentos: cama hospitalar, colchão, escada de dois degraus, cadeira higiênica, nobreak, suporte de soro; e g) Monitorização: oxímetro, concentrador, BIPAP, BIC; h) Cilindro de oxigênio com fluxômetro | DIA | R\$ 165,16 |

7.2. DAS DIÁRIAS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - PAD (GERENCIAMENTO AMBULATORIAL):

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|-------|-------------|
| 1 | DIÁRIAS DE ALTA COMPLEXIDADE, incluso: a) Visita Médica de rotina mensal; b) Visita de Enfermeiro de rotina mensal; c) Visita de Nutricionista de rotina e avaliação, quinzenalmente; f) Treinamento para família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta; g) 01 (uma) Remoção de Emergência médica domiciliar ou traslado; h) Call Center com Orientação Médica Telefônica; i) 01 Coleta de material biológico no domicílio | Dia | R\$ 31,48 |
| 2 | DIÁRIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, incluso: a) Visita Médica de rotina mensal; b) Visita de Enfermeiro rotina mensal; c) Treinamento para família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta; d) 01 Remoção de Emergência médica domiciliar ou traslado; e) Call Center com Orientação Médica Telefônica; f) 01 Coleta de material biológico no domicílio. | Dia | R\$ 26,31 |
| 3 | DIÁRIAS DE BAIXA COMPLEXIDADE, incluso: a) Visita Médica de rotina mensal; b) Visita de Enfermeiro rotina mensal; c) Treinamento para família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta; d) Call Center com Orientação Médica Telefônica; e) 01 Coleta de material biológico no domicílio. | Dia | R\$ 18,25 |

7.3. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM (Quando não inclusos nas diárias)

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|--------|-------------|
| 1 | a) Controle de Glicose; b) Lavagem Intestinal; c) Aplicação de medicação EV(antibioticoterapia)/SC/VO/IM; d) Punção Venosa Periférica, Retirada de pontos; e) Administração de Dieta, Fleet Enema; f) Coleta de Exames; g) avaliação de enfermagem; h) gerenciamento de feridas: acompanhamento domiciliar e tratamentos de feridas crônicas ou não, realizados por um profissional enfermeiro especializado em feridas, obedecendo à classificação em graus de complexidade sugeridos pela equipe avaliadora que serão validados e acompanhados em conjunto com a clínica médica da contratante, onde serão definidos frequência de visitas e o tratamento adequado. i) Outros procedimentos avaliados ou sugeridos em comum | Visita | R\$ 60,54 |

7.4. DAS TAXAS DE PROFISSIONAIS - AVULSOS (Quando não contemplados nas diárias ou

excedentes, e quando disponibilizados no corpo clínico)

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|--------|-------------|
| 1 | Visita Domiciliar Extra do Médico Assistente | Visita | 159,81 |
| 2 | Visita Domiciliar Extra do Médico Especialista | Visita | 239,73 |
| 3 | Visita Domiciliar Nutricionista | Visita | 55,68 |
| 4 | Visita Domiciliar Psicólogo (por sessão) | Visita | 59,46 |
| 5 | Visita Domiciliar fonoaudiólogo (por sessão) | Visita | 55,68 |

7.5. DAS TAXAS DE ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS (Quando não Inclusos nas Diárias)

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|-------|-------------|
| 6 | Taxa de Bomba de Infusão (diária) | Dia | R\$ 8,23 |
| 7 | Taxa de BIPAP (diária) Incluso circuito +kit | Dia | R\$ 19,37 |
| 8 | Taxa de CPAP (diária) Incluso circuito +kit | Dia | R\$ 10,90 |
| 9 | Taxa de Concentrador de Oxigênio 5L/mn(diária) | Dia | R\$ 11,63 |
| 10 | Taxa de Concentrador de Oxigênio 10L/mn(diária) | Dia | R\$ 11,63 |
| 11 | Taxa de respirador Volume SYNCHRONY (diária) | Dia | R\$ 42,98 |
| 12 | Taxa de respirador Volume STELLAR 150 (diária) | Dia | R\$ 56,89 |
| 13 | Taxa de respirador Volume TRILOGY (diária) | Dia | R\$ 93,84 |
| 14 | Taxa de aspirador elétrico (diária) | Dia | R\$ 4,24 |
| 15 | Taxa de Nebulizador (diária) Incluso taxa de nebulização | Dia | R\$ 2,91 |
| 16 | Taxa de Oxímetro de pulso (diária) | Dia | R\$ 3,03 |
| 17 | Taxa de monitor cardíaco (diária) | Dia | R\$ 9,07 |
| 18 | Aspirador Descartável | Dia | R\$ 22,40 |

7.6. GASOTERAPIA

| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
|------|--|-------|-------------|
| 1 | Oxigênio por recarga de cilindro 10m3 | Uso | R\$ 125,00 |
| 2 | Oxigênio por recarga de cilindro 8m3 | Hora | R\$ 85,00 |
| 3 | Oxigênio por recarga de cilindro 4m3 | Hora | R\$ 75,00 |
| 4 | Nebulização por sessão em O2 (Incluso nebulizador) | Uso | R\$ 9,68 |
| 5 | Ar comprimido por hora | Hora | R\$ 6,66 |

7.7. DO APREÇAMENTO DOS CURATIVOS (Quando não inclusos nas diárias):

| CURATIVOS (com material e medicamentos, exceto materiais especiais) | | | |
|---|-------------------|-------|-------------|
| Ref. | Descrição | Fator | Valor (R\$) |
| 1 | Curativo Especial | Troca | R\$ 66,81 |
| 2 | Curativo Grande | Troca | R\$ 61,24 |
| 3 | Curativo Médio | Troca | R\$ 50,10 |
| 4 | Curativo Pequeno | Troca | R\$ 44,54 |

7.7.1. Frequência de trocas dos Curativos:

- a) de 01 a 03 dias: Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata
- b) de 01 a 07 dias: Hidrocoloide, Hidrogel

7.8. MATERIAIS E SERVIÇOS INCLUSOS NAS DIÁRIAS E OUTRAS CONSIDERAÇÕES

7.8.1. DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR:

- a) Curativos simples;
 - b) Troca de roupa de cama, banho no leito e cuidados de paciente acamados, bem como os materiais de uso na desinfecção ambiental.
 - c) Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens (excluindo o material com inserção ou remoção de sonda vesical e de sonda nasoenteral); Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); Coleta de exames laboratoriais; preparo do corpo em caso de óbito.
 - d) Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, etc).
 - e) Serviços profissionais de acordo com a diária autorizada, conforme descrito na tabela.
 - f) Acompanhamento a assistência farmacêutica.
 - g) Taxas de Administração e Internação.
 - h) Taxas de Oxímetro de pulso, Glicosímetro, Aspirador elétrico, inalador/nebulizador, Monitorização cardíaca.
 - i) Remoção ou retorno à internação domiciliar nos casos de urgência e emergência;
 - j) Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas.
 - k) Coleta de lixo hospitalar conforme CONAMA 283 DE 12/07/01, atendendo as normas na NBR12810-1993, Lei nº6.938 de 31/08/81, Decreto 99724 06/07/90 e CONAMA 358-2005 e Taxa de vigilância epidemiológica.
 - l) Equipamentos de proteção individual (EPI), uso exclusivo da equipe;
 - m) Materiais e equipamentos para suporte estrutural de acordo com as necessidades do paciente, tais como: maleta de emergência, tensiômetro e estetoscópio, glicosímetro, nebulizador ultrassônico, aspirador portátil, ambu, aparadeira ou papagaio, almotolias, termômetro digital, caixas organizadoras.
 - n) Fornecimento e orientação do uso de EPI's (máscaras, propés, gorro, avental, óculos e luvas de procedimento).
 - o) Suporte técnico e capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente; treinamento de cuidador.
 - q) Avaliação clínica preliminar do paciente com prescrição de assistência clínico-terapêutica.
 - r) Avaliação com emissão de relatório dos requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividade dos profissionais, logística de atendimento, tempo estimado de permanência do paciente no serviço de atenção domiciliar;
 - s) Relatórios de evolução e acompanhamento
 - t) Entrega e reposição de equipamentos, materiais e medicamentos, conforme prescrição e necessidade devidamente justificada de cada paciente e atendimento a solicitações emergenciais;
 - u) Sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe multiprofissional, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de Urgência e Emergência;
- 7.8.1.1.** Os serviços e procedimentos realizados e não contemplados nos valores das diárias ou quando excedentes, desde que devidamente autorizados pelo Médico Auditor do FuSex, serão remunerados separadamente, conforme tabelas de procedimentos, taxas e serviços.

7.8.2. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (AMBULATORIAL):

- a) Avaliação clínica preliminar do paciente com prescrição de assistência clínico-terapêutica.
- b) Avaliação com emissão de relatório dos requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividade dos profissionais, logística de atendimento, tempo estimado de permanência do paciente no serviço de atenção domiciliar;
- c) Relatórios de evolução e acompanhamento;

- d) Entrega e reposição de equipamentos, materiais e medicamentos, conforme prescrição e necessidade devidamente justificada de cada paciente e atendimento a solicitações emergenciais;
- e) Sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe multiprofissional, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de Urgência e Emergência;
- f) Fornecimento e orientação do uso de EPI's (máscaras, propés, gorro, avental, óculos e luvas de procedimento);
- g) Serviços profissionais de acordo com a diária autorizada, conforme descrito na tabela; e
- h) Curativo Simples

7.8.3. Os serviços e procedimentos realizados e não contemplados nos valores das diárias ou quando excedentes, ou ainda, nos casos de procedimentos específicos e executados por profissional de enfermagem, desde que devidamente autorizados pelo Médico Auditor do FuSEx, serão remunerados separadamente, conforme as tabelas 7.3, 7.4, 7.5, 7.6 e 7.7, todas constantes desta Lista Referencial.

7.8.3.1. Poderão, ainda, ser realizados procedimentos específicos e executados por profissional de enfermagem, desde que devidamente autorizados pelo Médico Auditor do FuSEx, conforme tabelas constantes deste Referencial.

7.8.4 CONTAGEM DOS PRAZOS: As diárias são indivisíveis e se encerram ao meio dia (12h), com tolerância de até 2 (duas) horas e serão contadas do dia imediato ao da inclusão no SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ao dia da alta, inclusive.

7.8.5. DA ALTA ADMINISTRATIVA: Nas assistências de longa duração, superiores a 30 (trinta) dias, deverão sofrer processo de alta administrativa a cada 15 (quinze) dias, com a remessa das faturas parciais em tempo oportuno e solicitada emissão de nova Guia de Encaminhamento ao FUSEx.

7.8.6. DA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA E DO ÓBITO: As intercorrências que impliquem em necessidade de remoção para OCS (Organização Civil de Saúde) CONTRATADA ao FuSEx ou para qualquer outra Unidade Hospitalar, ocorrida em caráter de urgência/emergência, bem como os óbitos deverão ser informados ao FuSEx no dia da ocorrência ou no primeiro dia útil imediatamente após o fato, pelo telefone 2106-1789 / 2106-1735. A fatura referente à internação deverá ser remetida tempestivamente à Seção de Auditoria para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

7.8.7. SERVIÇOS E TAXAS ADMINISTRATIVAS: já estão inclusos nos valores das diárias as taxas de registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento e transporte de equipamentos.

7.8.8. DOS MATERIAIS ESPECIAIS DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS:

- a) **ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES:** Será pago 01 frasco de 500 ml por dia, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 ampola por sessão.
- b) **ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** pagar 01 sonda, 01 par de luvas de plástico e 01 Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 ml por aspiração, até 06 por dia .
- c) **ATADURA DE CREPOM:** Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
- d) **BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO:** será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
- e) **BOLSA DE COLOSTOMIA KARAYA:** Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
- f) **BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO:** três por dia.
- g) **BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL** – pagar integral.
- h) **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:** Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário, será

realizada mediante justificacão médica. A embalagem deverá ser anexada ao prontuário.

- i) CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internaco.
- j) CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrio e pagar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25/07, 01 ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
- k) COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
- l) COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evoluo de enfermagem.
- m) ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrio da enfermagem da sua troca .
- n) EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema;
- o) EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
- p) FIO GUIA N 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
- q) Equipo de Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
- r) Equipo Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
- s) Equipo Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado.
- t) JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
- u) LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
- v) MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40cm para acesso venoso de adulto 20cm para criança), ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
- w) SONDA NASOGÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicao médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
- x) SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internaco, sua troca será autorizada em caso de internaco prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
- y) TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.

7.9. TRANSPORTE de PACIENTE EM AMBULÂNCIAS – REMOO / EVACUAO (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR MÓVEL) (Quando não Inclusos nas Diárias)

| Ref. | Descrio | Valor (R\$) |
|------|--|--------------|
| 1. | Remoo no perímetro urbano (municípios de João Pessoa, Cabedelo, Bayeux, Santa Rita) – ambulância tipo A (ida/volta, por trecho) | R\$ 157,39 |
| 2. | Remoo no perímetro urbano (municípios de João Pessoa, Cabedelo, Bayeux, Santa Rita) – ambulância tipo D (ida/volta, por trecho) | R\$ 423,76 |
| 3. | Remoo interestadual – Km rodado ambulância tipo A | R\$ 6,66 |
| 4. | Remoo interestadual – Km rodado ambulância tipo D | R\$ 10,90 |
| 5. | Remoo do perímetro urbano de João Pessoa para o Hospital Militar de área de Recife ambulância tipo A ou B | R\$ 786,97 |
| 6. | Remoo do perímetro urbano de João Pessoa para o Hospital Militar de área de Recife ambulância tipo D | R\$ 1.331,79 |
| 7. | Remoo do perímetro urbano de João Pessoa para o Hospital de Guarnio de Natal ambulância tipo A ou B | R\$ 1.331,79 |
| 8. | Remoo do perímetro urbano de João Pessoa para o Hospital de Guarnio de Natal ambulância tipo D | R\$ 1.997,69 |
| 9. | Remoo no perímetro urbano (municípios de João Pessoa, Cabedelo, Bayeux, Santa Rita) – ambulância tipo B (ida/volta, por trecho) | R\$ 206,00 |

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1. Novas tecnologias médicas poderão ser contratadas desde que suas eficácias estejam cientificamente confirmadas pelos conselhos reguladores profissionais (Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Fisioterapia, Conselho Federal de Psicologia, etc) e regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ficando o CONTRATADO obrigado a demonstrar a qualificação técnica sanitária referida.

8.2. Os valores dos procedimentos serão submetidos a apreciação do Escalão Superior e uma vez aprovados serão pagos igualmente a todos que prestarem a mesma categoria de serviço, respeitando o princípio da isonomia.

8.3. Os serviços e respectivos valores poderão ser contratados na forma de pacotes previstos neste Referencial de Valores de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados neste Referencial.

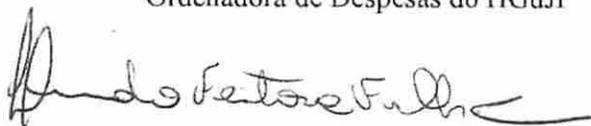
8.4. Os procedimentos relacionados como "pacote", contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, materiais especiais, medicamentos, taxas, e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote. Os honorários médicos em geral não estarão inclusos nos pacotes, exceto em casos específicos discriminados nos mesmos.

8.5. Para todos os serviços aqui acordados, faz-se necessária, para sua cobrança, a anexação da Guia de Encaminhamento emitida pelo FuSEx, o pedido médico emitido por profissional do HGuJP ou quando emitido por profissional não pertencente ao quadro do Exército, este pedido deve ser homologado pela Comissão de Auditoria Médica do HGuJP. Em situações de urgência / emergência, será emitido pelo Pronto Atendimento do HGuJP uma Guia de Encaminhamento Provisória, que será trocada por Guia definitiva na primeira oportunidade, em dias úteis, na seção FuSEx do HGuJP. Esta troca será de responsabilidade da OCS/PSA CONTRATADA. Não será reconhecida para fins de pagamento a Guia Provisória de Encaminhamento do FuSEx.

8.6. É vedado ao CONTRATADO cobrar diretamente do beneficiário do FuSEx, PASS, Fator de Custo ou Ex-Cmb qualquer importância a título de taxas, honorários ou serviços prestados, inclusive depósitos prévios, além dos constantes das Tabelas acima pactuadas, salvo o direito do beneficiário de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si ou para seus dependentes, quando internados em OCS. Neste caso a diferença de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção será paga, integralmente, pelo titular junto ao prestador. Ao fazer esta opção, o beneficiário deverá assinar, em conjunto com o responsável pela OCS, o Termo de Ajuste Prévio – anexo aos termos de contrato, tanto referente à melhoria do padrão de acomodação quanto com o médico assistente, que também assinará o termo. Não passível de futuro processo de indenização/ressarcimento, seja por parte da CONTRATADA ou do beneficiário o FuSEx.

João Pessoa, PB, 20 de janeiro de 2020.

ROSEMARY TOSTA MIRANDA – Ten Cel Med
Ordenadora de Despesas do HGuJP





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: SOS OFTALMO - CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA
CNPJ: 15.819.184/0001-93

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 20:49:35 do dia 05/07/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/01/2021.

Código de controle da certidão: **A6A3.566F.F91A.6C73**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA - SEFAZ

CERTIDÃO

CÓDIGO: **F21F.49EA.6D63.ABEB**

Emitida no dia 08/09/2020 às 08:04:41

Identificação do requerente:

CNPJ/CPF: **15.819.184/0001-93**

R.G. :

Certifico, observadas as disposições da legislação vigente e de acordo com os assentamentos existentes neste órgão, que o requerente supra identificado está em situação **REGULAR** perante a Fazenda Pública Estadual, **com relação a débitos fiscais administrativos e inscritos em Dívida Ativa**. A referida identificação não pertence a contribuinte com inscrição ativa no Cadastro de Contribuintes do Estado da Paraíba.

A presente Certidão não compreende débitos cuja exigibilidade esteja suspensa, nem exclui o direito de a Fazenda Pública Estadual, a qualquer tempo, cobrar valores a ela porventura devidos pelo referido requerente.

Esta certidão é válida **por 60 (sessenta) dias a partir da data de sua emissão**, devendo ser confirmada a sua autenticidade através do serviço *Validar Certidão de Débito* na página www.receita.pb.gov.br.

OBS: Inválida para licitação no que se refere ao fornecimento de mercadorias ou prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal ou comunicação não compreendidos na competência tributária dos municípios se o requerente supracitado estiver localizado no estado da Paraíba, ressalvada quando a licitação se referir à prestação de serviço de transporte entre municípios com características urbanas no âmbito das regiões metropolitanas no estado da Paraíba, reconhecida por Lei específica.

Válida com a apresentação conjunta do cartão de inscrição no CPF ou no CNPJ da
Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.
Certidão de Débito emitida via 'Internet'.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DA RECEITA MUNICIPAL
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

Data: 08/09/2020
Hora: 08:10

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS

Número da Certidão

2020/056708

Nº de Controle de Autenticação

478.573.439.517

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------|-------|-------------|----------|
| C.N.P.J./C.P.F. 15819184000193 | Nome do Contribuinte SOS OFTALMO CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA EPP | | | | |
| Endereço AV SAO GONCALO | Número 00175 | Apto/Sala | Bloco | Complemento | |
| Bairro MANAIRA | CEP 58038330 | Cidade JOAO PESSOA | | | UF PB |

Ressalvado o direito de a Fazenda Pública Municipal lançar e inscrever quaisquer dívidas que vierem a ser apuradas, fica certificado que, até a presente data, não constam em nome do requerente acima qualificado pendências relativas às receitas municipais, inclusive as de natureza tributária ou não, inscritas ou não no Registro da Dívida Ativa do Municipal.

INSCRIÇÕES VINCULADAS AO REQUERENTE

MERCANTIS: 116646-8

IMOBILIÁRIAS:

OBSERVAÇÕES

Esta certidão é válida por 60 (sessenta) dias, conforme o artigo 138, §1º, da Lei Complementar nº 53, de 23 de dezembro de 2008 (Código Tributário Municipal).
A aceitação desta certidão está condicionada à inexistência de emendas ou rasuras, bem como à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.joaopessoa.pb.gov.br>.
Certidão emitida gratuitamente em 08/09/2020 08:10:35

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 15.819.184/0001-93

Razão Social: EMPRESA CADASTRADA VIA GUIA SIMPLIFICADA

Endereço: CADASTRAMENTO GUIA SIMPLIFICADA / GUIA SIMPLIFICADA / / / 00000-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

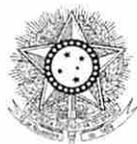
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 07/09/2020 a 06/10/2020

Certificação Número: 2020090703061828614301

Informação obtida em 08/09/2020 08:07:48

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: SOS OFTALMO - CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 15.819.184/0001-93

Certidão nº: 22238153/2020

Expedição: 08/09/2020, às 08:05:59

Validade: 06/03/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **SOS OFTALMO - CLINICA OFTALMOLOGICA S/S LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº 15.819.184/0001-93, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.