

**PRESIDÊNCIA DO IPREF**  
**Edital de Chamamento para Credenciamento**

**RECIBO DE EDITAL POR EMAIL / SITE**

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

<b>Razão Social:</b>	
<b>CNPJ nº:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Fax:</b>
<b>Contato:</b>	
Obtivemos nesta data, através de e-mail/site, cópia do instrumento de edital de chamamento público de credenciamento acima identificada.	
<b>Local:</b> _____, ____ de _____ de 2024	
<b>Nome e Assinatura</b>	

**Aos Participantes,**

Visando comunicação futura entre o **Setor de Credenciamento** e os interessados em participar deste chamamento, solicitamos a Vossa Senhoria preencher o recibo de retirada do Edital e remeter ao Setor de Credenciamento através do e-mail [chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br](mailto:chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br).

A não remessa do recibo exime o Setor de Credenciamento da responsabilidade da comunicação por meio de e-mail de eventuais esclarecimentos e retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais, não cabendo posteriormente qualquer reclamação.

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

**CHAMAMENTO PÚBLICO - CREDENCIAMENTO**

## 1. PREÂMBULO

1.1. O IPREF – Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Guarulhos, inscrito no CNPJ nº 52.373.396/0001-16, torna público que realizará nos termos do Artigo 79, da Lei Federal nº 14.133, de 01 de Abril de 2021 e suas alterações, o credenciamento de 3.3 para prestação de serviços ambulatoriais de assistência médica, consultas e para prestação de serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT) destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, nos termos e condições do presente edital e seus anexos.

<b>TIPO</b>	Chamamento Público/Credenciamento
<b>INÍCIO DO CHAMAMENTO</b>	<b>A partir da publicação do presente edital</b>
<b>LOCAL</b>	Sede do IPREF
<b>ENDEREÇO</b>	Rua do Rosário, 226 – Vila Camargos – Guarulhos-SP CEP 07111-080

1.2. Serão aceitos credenciamentos de pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde da cidade de Guarulhos, São Paulo e Grande São Paulo.

1.3. O edital e seus anexos estarão disponíveis gratuitamente no site do IPREF: [www.iprefguarulhos.sp.gov.br](http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br).

1.4. O IPREF se responsabilizará pela publicidade dos atos às pessoas jurídicas interessadas, somente se estas retirarem o edital no site acima citado ou junto ao Setor de Credenciamento, sede do IPREF na Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080, com o devido preenchimento do recibo de edital.

1.5. Quaisquer esclarecimentos sobre dúvidas eventualmente suscitadas, relativas às orientações contidas no presente edital, poderão ser solicitadas exclusivamente por escrito no e-mail: [chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br](mailto:chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br), no período compreendido entre a publicação deste edital e o término de sua vigência.

## 2. DO OBJETO

2.1. O presente edital tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços ambulatoriais de assistência médica, consultas e para prestação de serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT), em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) destinados ao atendimento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, compreendendo **POLICLÍNICAS/CLÍNICAS e LABORATÓRIOS**, nos termos do **Artigo 74, inciso IV, e 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133, de 01 de Abril de 2021** e suas alterações, com adesão aos termos desses e sem possibilidade de concorrência.

2.2. Os serviços especializados devem obedecer às respectivas áreas de atuação elencadas pela Resolução CFM nº 2.380/2024 de 18 de junho de 2024 e alterações posteriores, inclusive as que possam ocorrer durante a vigência do presente Edital de Chamamento para Credenciamento. Portanto, os serviços deverão ser ofertados na área de atuação pediátrica sempre que a especialidade médica assim o determinar.

### 3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR

3.1. Poderão participar do presente credenciamento todas as pessoas jurídicas de prestação de serviços médicos regularmente constituídos, desde que atendidos os requisitos exigidos neste edital e no Regulamento de Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços ambulatoriais de assistência médica, consultas e serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT) destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF (Anexo VIII).

3.2. **Somente poderão participar** deste credenciamento **pessoas jurídicas** legalmente estabelecidas, especializadas no ramo e que satisfaçam às condições estabelecidas neste edital e seus anexos.

3.3. Não poderão participar do presente credenciamento, direta ou indiretamente, pessoas jurídicas que, por qualquer motivo:

a) estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei nº 14.133/2021.

b) cujos sócios, diretores, administradores ou pessoas que tenham poder de decisão no prestador de serviços possuam vínculos com a Administração Municipal de Guarulhos Direta ou Indireta, salvo se aposentados/inativos.

c) os profissionais liberais como pessoa física.

d) é vedada, ainda, a participação de pessoas jurídicas das quais participe, seja a que título for, servidor público do IPREF.

e) mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, devendo essa proibição constar expressamente do edital de licitação. (inciso IV do artigo 14 da Lei 14.133/2021)

f) pessoas jurídicas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si. (inciso V do artigo 14 da Lei 14.133/2021)

g) que incorram em outros impedimentos previstos em lei.

3.4. O edital estará disponível, gratuitamente, através do “site” do IPREF na internet [www.iprefguarulhos.sp.gov.br](http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br). Informações, dúvidas e esclarecimentos poderão ser solicitados através do e-mail: **chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br** ou por escrito na sede do IPREF, sito a Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080.

### 4. DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1. As pessoas jurídicas interessadas em se credenciar perante o IPREF deverão inscrever-se para o presente credenciamento **apresentando o Requerimento para Credenciamento (conforme Anexo I)**, juntamente com a documentação exigida neste edital na sede do IPREF na Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080.

4.2. O requerimento e os documentos deverão ser preenchidos em língua portuguesa, salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente, sem emendas, rasuras e, preferencialmente, digitados, impressos em papel timbrado da pessoas jurídicas ou que a identifique e entregues de segunda-feira a sexta-feira, das 08:30 horas as 16:30 horas, no **período compreendido entre a publicação deste edital e o término de sua vigência**, no **setor de**

**Credenciamento do IPREF**, localizado na Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080.

4.2.1. A critério e mediante justificativa da administração, o prazo previsto de duração do edital de chamamento poderá ser encerrado antes do prazo estipulado para o seu fim ou prorrogado por até igual período.

4.3. O requerimento e os documentos deverão ser entregues **em um envelope indicando**, respectivamente, **“CREDENCIAMENTO”**, contendo na parte externa o nº do Edital de Chamamento Público de Credenciamento, nome e CNPJ da pessoa jurídica, preferencialmente com os seguintes dizeres:

**“CREDENCIAMENTO”**

<b>IPREF – Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Guarulhos</b>	
<b>EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2024 - CLÍNICAS E LABORATÓRIOS</b>	
<b>RAZÃO SOCIAL:</b>	
<b>CNPJ:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>FONE:</b>	<b>E-MAIL:</b>

4.3.1. O Setor de Credenciamento poderá, a seu critério, elaborar cronograma de atendimento dos interessados, através de agendamentos.

4.3.2. No ato de protocolo, a documentação exigida no edital deverá estar completa, devendo o atendente conferir os documentos, quanto a sua designação, quantidade e especificação, informando ao interessado expressamente o(s) documento(s) faltante(s).

4.3.3. A análise do conteúdo dos documentos recebidos será realizada no trâmite do processo administrativo de credenciamento.

## 5. DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:

### HABILITAÇÃO JURÍDICA

I - Cédula de identidade (RG) e cartão de C.P.F. dos sócios constantes no contrato social;

II - Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social primitivo e última alteração contratual (se houver), devidamente registrado, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedade por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

III – A Administração irá consultar o cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (Ceis) e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas (Cnep), emitindo as certidões respectivas e juntando-as ao processo, nos termos do art. 91, § 4º, da Lei Federal nº 14.133/2021.

### HABILITAÇÃO FISCAL E TRABALHISTA

I - Prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF);  
[https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/cnpjreva/Cnpjreva\\_Solicitacao.asp](https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp)

II - Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa Conjunta de Tributos Federais e Dívida Ativa da União e Certidão do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS);  
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/certidao/CndConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1>

III - Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Estadual inscritos em dívida ativa da sede da licitante; <https://www.dividaativa.pge.sp.gov.br/sc/pages/crda/emitirCrda.jsf?param=33714> (endereço eletrônico apenas para pessoas jurídicas sediada em São Paulo, para outros estados a pessoa jurídica deverá emitir a certidão no endereço correspondente)

IV – Certidão negativa de tributos mobiliários municipal;

V - Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço; <https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf> ;

VI - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), relativa a débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho; <http://www.tst.jus.br/certidao>

VII - Comprovante que conste os dados completos da conta bancária em nome da pessoa jurídica requerente de credenciamento, para fins de depósitos dos valores contratuais da prestação de serviços;

VII - a inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

VIII - o cumprimento do disposto no do art. 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal mediante o preenchimento da declaração constante do Anexo V.

#### **HABILITAÇÃO TÉCNICA**

I - Alvará da vigilância sanitária ou protocolo de andamento da solicitação de alteração;

II - Licença de Funcionamento ou protocolo de andamento da solicitação de alteração;

III - Certificado de registro no conselho regional da classe como pessoa jurídica;

IV - Certificado de autorização do CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear, para funcionamento de serviços para Medicina Nuclear e serviços que possuem fontes radioativas, somente para quem realiza estes serviços;

V – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

VI - Visita técnica no endereço do prestador de serviço.

#### **DECLARAÇÕES**

I – Declaração de Enquadramento no Simples (se houver);

II – Declaração de idoneidade, conforme anexo III;

III - Declaração de pleno conhecimento do regulamento de credenciamento para prestação de serviços médicos destinado ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF e dos valores praticados pelo IPREF, conforme anexo II;

IV- Declaração de que os sócios, diretores, administradores ou quaisquer pessoas que tenham ligação ou poder de decisão com a pessoa jurídica não mantenham vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, conforme anexo IV.

5.1. Os documentos deverão ser apresentados originais, por cópia autenticadas em cartório, ou, quando for o caso, publicação em órgão da imprensa oficial e/ou emitida pela internet, que, em ato contínuo, serão desmaterializados e autenticados por assinatura digital do servidor e devolvidos ao seu representante.

5.2. Os documentos que não apresentarem prazo de validade serão considerados válidos até 1 (um) ano após a data de emissão, não se enquadrando neste prazo os documentos de validade indeterminada, exceto os que comprovadamente e/ou conhecidamente não tenham prazo de validade.

5.3. O interessado, após a celebração do contrato, se obriga a manter, durante toda a sua execução, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação exigidas no procedimento de credenciamento, devendo ser enviados, ainda, junto com a nota fiscal, os documentos que atestem a regularidade fiscal e trabalhista.

5.4. Os documentos entregues serão analisados pelo Setor de Credenciamento do IPREF **que promoverá a habilitação ou não dos interessados no prazo de até 90 (noventa) dias a contar da data do recebimento da documentação**, que poderá ser prorrogado por igual período desde que justificado.

**5.5. Após a conferência e análise pelo Setor de Credenciamento, havendo falha, restrição ou ausência de algum documento exigido neste edital, poderá ser assegurado o prazo de 10 (dias) dias úteis, da data da ciência, prorrogáveis por igual período, justificadamente, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, sob pena de inabilitação.**

5.6. Após a análise da documentação será realizada **visita técnica** no endereço do prestador de serviço, sendo que o parecer técnico também será utilizado como base de fundamento para a decisão habilitatória.

5.7. As especialidades e os procedimentos serão valorados conforme estabelecido no Anexo VI - Termo de Referência, podendo ocorrer a contratação de pacotes desde que os serviços estejam dentre os estipulados neste edital e **a condição comercial seja mais vantajosa do que o estipulado no Anexo VI**, sempre a critério do IPREF.

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

## 6. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

6.1. **As impugnações ao edital**, previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, que forem aplicadas ao credenciamento, deverão ser efetuadas por escrito e destinadas ao Setor de Credenciamento, com o devido protocolo destinado àquele setor na sede do IPREF localizada na Rua do Rosário, 226, Vila Camargos, Guarulhos, SP, CEP: 07111-080, das 8h00 às 16h30, em até 3 (três) dias úteis após o primeiro dia útil seguinte à publicação do presente Edital.

6.2. Caberá ao Setor de Credenciamento analisar e decidir sobre a petição de impugnação **no prazo de 03 (três) dias úteis** a contar do recebimento do pleito, podendo se valer de parecer jurídico se houver pertinência temática, decisão da qual será o impugnante cientificado.

6.3. Da decisão da impugnação caberá pedido de reconsideração dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão no prazo de 3 (três) dias úteis contados da data da intimação, a qual será decidida no prazo de 05 (cinco) dias úteis pelo Presidente e sem possibilidade de recurso, publicando-se a **decisão no Diário Oficial do Município.**

## 7. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DOS PEDIDOS DE HABILITAÇÕES E DOS RESULTADOS

7.1. **A lista dos interessados habilitados**, segundo os critérios do edital, será divulgada por meio do endereço eletrônico [www.iprefguarulhos.sp.gov.br](http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br), **publicada no Diário Oficial** do Município de Guarulhos e ainda haverá a **cientificação pessoal por intermédio do Setor de Credenciamento.**

7.2. Os interessados eventualmente **não habilitados** serão cientificados nos mesmos moldes do item anterior e poderão interpor recurso **no prazo de 3 (três) dias úteis**, contados da intimação do ato.

7.2.1 O recurso será dirigido ao Setor de Credenciamento que, se não reconsiderar o ato ou a decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, encaminhará o recurso à autoridade superior, para que esta profira decisão no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados do recebimento dos autos

7.3. A decisão do recurso previsto no item anterior será definitiva e não há previsão de outros recursos. A decisão final também será objeto de publicação no endereço eletrônico [www.iprefguarulhos.sp.gov.br](http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br), publicada no Diário Oficial do Município de Guarulhos e ainda haverá a cientificação pessoal por intermédio do Setor de Credenciamento.

7.4. Para efeito de constatação do cumprimento dos requisitos exigidos neste edital, o processo de credenciamento **será remetido ao Setor de Credenciamento pra realização de vistoria das instalações da instituição** que pretende ser credenciada e emitirá parecer sobre o credenciamento.

7.5. **A vistoria de que trata o item 7.4 será previamente agendada com o credenciado.**

7.6. Não serão conhecidas as impugnações ou recursos apresentados fora do prazo definido neste item, bem como **serão desconsiderados quaisquer documentos ou informações que não estejam em original**, ainda que devidamente protocolizados.

7.7. Os **recursos interpostos**, questionando decisões referentes à habilitação ou inabilitação, **terão efeito suspensivo.**

7.8. **O recurso limita-se a questões de habilitação**, considerando, **exclusivamente, a documentação apresentada** para esta finalidade, **não** sendo considerado **documento anexado em fase de recurso.**

## 8. DOS ASPECTOS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

8.1. O Contrato de Credenciamento com o IPREF terá **validade de até 05 (cinco) anos**, podendo ser **prorrogado sucessivamente até a vigência máxima de 10 (dez) dez anos**, desde que não denunciado, conforme preceitos previstos no contrato.

8.2. A convocação para a assinatura do Contrato de Credenciamento se dará após efetivada a habilitação da pessoa jurídica interessada, segundo os critérios desde Edital.

8.3. **As pessoas jurídicas habilitadas serão chamadas para a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços**, sujeitando-se aos regulamentos da Assistência à Saúde e em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e terão o **prazo de até 10 (dez) dias úteis para assinatura**. O não comparecimento no prazo assinalado implicará em reconhecimento da desistência e inabilitação posterior a entrega de documentos.

8.4. Até a conclusão do prazo de 05 (cinco) anos descrito no item 8.1, a Presidência do IPREF poderá, se entender necessário, normatizar os procedimentos para as renovações contratuais, novos chamamentos e novos contratos.

8.5. Correrão por conta exclusiva da Credenciada todos os tributos e taxas devidos sobre as obrigações decorrentes do objeto deste edital e do Contrato de Credenciamento, bem como as contribuições à Previdência Social, encargos trabalhistas, prêmios de seguro e acidentes de trabalho, emolumentos e outras despesas que se façam necessárias à execução dos serviços.

## 9. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas decorrentes da execução do objeto deste Edital de Chamamento Público de Credenciamento correrão à conta dos recursos consignados na Dotação Orçamentária correspondente ao exercício 2024, cujo número é (3015) 8510-10.302.00672-192.04.1000900-339039.900.

9.2. Será obedecido o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerarem as dotações próprias do orçamento do IPREF – Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Guarulhos.

## 10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. Os serviços a serem prestados pelas pessoas jurídicas credenciadas sujeitam-se aos regulamentos da Assistência à Saúde e devem estar em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), respeitando-se as atualizações periódicas efetuadas pela citada agência.

10.1.1. As situações de **divergência** técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a serem cobertos serão **solucionados por área técnica do IPREF**.

10.2. **A Presidência do IPREF** poderá regulamentar questões esclarecedoras, interpretativas, complementares ou omissas e **estabelecer tabela própria de preços dos serviços de assistência à saúde, mediante edição de Instruções Normativas, aditamentos ao edital de credenciamento e aos contratos, ou outro mecanismo previsto no serviço público (o que for mais adequado ao caso), que serão publicadas no Diário Oficial do Município de Guarulhos e disponibilizadas no site do IPREF**, devendo o credenciado sempre acompanhá-los, não podendo alegar desconhecimento.

10.3. **A pessoa jurídica credenciada ou o IPREF poderão solicitar o descredenciamento**, sempre que demonstrado desinteresse ou desnecessidade da prestação dos serviços, **mediante notificação da parte interessada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias**.

10.4. O IPREF poderá, a qualquer tempo, promover o descredenciamento por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidas após o credenciamento, que importem comprometimento da sua capacidade jurídica, técnica, fiscal ou da postura profissional, ou ainda que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba ao mesmo qualquer direito de indenização, compensação ou reembolso seja a que título for, excluindo-se somente os serviços comprovadamente prestados que serão remunerados, cabendo, ainda, ao IPREF, o direito de apurar eventuais perdas e danos ao erário público.

10.5. Poderá ocorrer o descredenciamento nas hipóteses previstas no artigo 137, da Lei Federal nº 14.133/2021.

10.6. Nas hipóteses dos itens 10.4 e 10.5 fica assegurado ao credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pelos setores responsáveis do IPREF e submetidas à Presidência do IPREF para decisão.

10.7. Caso ocorra o **descumprimento de quaisquer das cláusulas deste edital e/ou do contrato de prestação de serviços por parte do CREDENCIADO, poderá ser aplicada multa equivalente a 250 UFG's** (duzentos e cinquenta unidades fiscais de Guarulhos) por infração cometida, sem prejuízo da possibilidade de rescisão contratual nos casos previstos no presente instrumento, bem como eventuais ressarcimentos e indenizações em razão de prejuízos ao erário público, garantida a ampla defesa e o contraditório.

10.8. Na ocorrência de descumprimento das cláusulas do edital ou do contrato pelo CREDENCIADO, fixadas as penalidades pecuniárias e as demais, serão compensadas dos valores dos serviços comprovadamente prestados e o restante será devidamente remunerado ao prestador.

10.9. **Anualmente**, com a finalidade de averiguar a manutenção das condições habilitatórias, o **CONTRATADO** deverá apresentar as seguintes certidões: Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais (RFB) e a Dívida Ativa da União (PGFN), abrangendo inclusive as Contribuições Sociais Previstas nas Alíneas “a” à “d” do Parágrafo Único do Art. 11 da Lei No 8.212, de 24 de julho de 1991, certidão negativa de débitos de tributos estaduais inscritos na Dívida Ativa, certidão negativa de tributos mobiliários municipal, certificado de regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal e certidão negativa de débito trabalhista – CNDT, para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho. A conferência dos documentos deverá ser realizada pelo setor responsável pelo desembolso.

10.10. - **Os casos omissos e as dúvidas surgidas serão dirimidos pelo Setor de Credenciamento**, que, se necessário, consultará a Presidência do IPREF.



10.11. O Presidente do IPREF, a **pedido do Setor de Credenciamento**, poderá expedir atos para implementar as disposições previstas neste edital.

10.12. As demais obrigações estarão previstas no anexo VII, parte integrante deste edital.

10.13. O presente Edital passa a vigorar por 05 (cinco) anos a partir da sua publicação, podendo ser prorrogado por até igual período, revogadas as disposições em contrário.

## 11. DOS ANEXOS

11.1. Integram o presente edital os seguintes anexos:

- ✓ ANEXO I – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO;
- ✓ ANEXO II – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DO REGULAMENTO DO CREDENCIAMENTO E DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE
- ✓ ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE
- ✓ ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO INEXISTENCIA VÍNCULO COM DIRIGENTE/AGENTE PÚBLICO DO IPREF
- ✓ ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO INEXISTENCIA DE FATOS IMPEDITIVOS E QUE NÃO EMPREGA MENOR DE DEZOITO ANOS
- ✓ ANEXO VI – TERMO DE REFERÊNCIA
- ✓ ANEXO VII - MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
- ✓ ANEXO VIII - MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO
- ✓ ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS PCD

**Guarulhos, de de 2024.**

**MARCELA BRAGANÇA ZENATI BARROS**  
Presidente do IPREF

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

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

À

**PRESIDÊNCIA DO IPREF**

Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos

**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

**(Razão Social)**, inscrita sob o CNPJ de nº ....., abaixo qualificada, requer sua inscrição no credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, nos termos do Regulamento de credenciamento do edital de Credenciamento nº 001/2024.

<b>Razão Social:</b>		
<b>CNPJ:</b>		
<b>TEL:</b>	<b>E-mail:</b>	<b>WhatsApp</b>
<b>Endereço:</b>		
<b>Local de atendimento de pacientes:</b>		
<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>	<b>Conta Corrente:</b>

Declaro que conheço e aceito, em todos os seus termos, as condições do Manual de Orientação ao Credenciado, Termo de Referência, regulamento da assistência à saúde, edital nº 01/2024 do IPREF e demais condições, e faço minha adesão ao mesmo sem qualquer restrição e comprometendo-me a efetuar a assinatura do contrato de prestação de serviços.

Declaro interesse no credenciamento dos serviços abaixo assinalados:

<b>PROCEDIMENTOS QUE EXECUTA</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Especialidades de Consultas
<input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos e Exames
<input checked="" type="checkbox"/> Pacotes

*(Especificar tabela acima com códigos e nomenclaturas dos procedimentos ofertados)*

Responsabilizo-me pela exatidão dos dados prestados que poderão ser constatados a qualquer tempo, comprometendo-me a informar qualquer alteração posterior que vier a ocorrer.

....., ..... de ..... de 2024

\_\_\_\_\_  
Identificação e assinatura do Representante Legal/Responsável

**ANEXO II**

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

**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO**

**(Papel Timbrado da Pessoa Jurídica)**

**(Razão Social)**, inscrita no CNPJ nº....., aqui devidamente representada pelo Sr(a) ....., infra-assinado, DECLARA, por este e na melhor forma de direito, concordar com os termos do edital de credenciamento nº 01/2024 e que tem pleno conhecimento do regulamento de credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos destinado ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, dos regulamentos da Assistência à Saúde e em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e dos preços praticados pelo IPREF.

Declara ainda, que acatará integralmente quaisquer decisões que venham a serem tomadas pela administração do IPREF.

....., ..... de ..... de 2024.

Atenciosamente.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do representante legal  
RG nº .....

**ANEXO III**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO N° 001/2024 – CLÍNICAS E LABORATÓRIOS**  
**– IPREF**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**(Papel Timbrado da Pessoa Jurídica)**

**(Razão Social)**, inscrita no CNPJ nº ....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a)....., inscrito no CPF nº ....., DECLARA, para fins legais, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

....., em .....de.....de 2024.

---

Identificação e assinatura do Representante Legal

**ANEXO IV**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO N° 01/2024 – CLÍNICAS E LABORATÓRIOS –  
IPREF**

**DECLARAÇÃO INEXISTÊNCIA VÍNCULO COM DIRIGENTE/AGENTE PÚBLICO DO IPREF  
(Papel Timbrado da Pessoa Jurídica)**

**(Razão Social)**, inscrita no CNPJ nº ....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a)....., inscrito no CPF nº ....., DECLARA, que não mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos - ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.

....., em .....de.....de 2024.

Atenciosamente.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do representante legal

RG nº .....

**ANEXO V**

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

**DECLARAÇÃO INEXISTENCIA DE FATOS IMPEDITIVOS E QUE NÃO EMPREGA MENOR DE DEZOITO  
ANOS  
(Papel Timbrado da Pessoa Jurídica)**

**(Razão Social)**, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, sediada (endereço completo) \_\_\_\_\_, por intermédio do seu representante legal o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_ firmado abaixo, declara sob as penas da lei, para fins de participação na dispensa de licitação que:

a) até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

b) para fins do disposto no inciso VI, artigo 68 da Lei 14.133/2021, de 01 de abril de 2021, acrescido pela Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

**Ressalva:** emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz:

( ) Sim ( ) Não

....., ...../...../2024

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

## ANEXO VI – TERMO DE REFERÊNCIA

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

#### 1. DO OBJETO

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

#### 1.1. Detalhamento do objeto

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

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. Acupuntura                        | 38. Medicina preventiva e social            |
| 2. Alergia e imunologia              | 39. Nefrologia                              |
| 3. Anestesiologia                    | 40. Neurocirurgia                           |
| 4. Angiologia                        | 41. Neurologia                              |
| 5. Cardiologia                       | 42. Nutrologia                              |
| 6. Cirurgia cardiovascular           | 43. Oftalmologia                            |
| 7. Cirurgia da mão                   | 44. Oncologia clínica                       |
| 8. Cirurgia de cabeça e pescoço      | 45. Ortopedia e traumatologia               |
| 9. Cirurgia do aparelho digestivo    | 46. Otorrinolaringologia                    |
| 10. Cirurgia geral                   | 47. Patologia                               |
| 11. Cirurgia oncológica              | 48. Patologia clínica/medicina laboratorial |
| 12. Cirurgia pediátrica              | 49. Pediatria                               |
| 13. Cirurgia plástica                | 50. Pneumologia                             |
| 14. Cirurgia torácica                | 51. Psiquiatria                             |
| 15. Cirurgia vascular                | 52. Radiologia e diagnóstico por imagem     |
| 16. Clínica médica                   | 53. Radioterapia                            |
| 17. Coloproctologia                  | 54. Reumatologia                            |
| 18. Dermatologia                     | 55. Urologia                                |
| 19. Endocrinologia e metabologia     |   |
| 20. Endoscopia                       |   |
| 21. Gastroenterologia                |   |
| 22. Genética Médica                  |   |
| 23. Geriatria                        |   |
| 24. Ginecologia e obstetrícia        |   |
| 25. Hematologia e hemoterapia        |   |
| 26. Homeopatia                       |   |
| 27. Infectologia                     |   |
| 28. Mastologia                       |   |
| 29. Medicina de emergência           |   |
| 30. Medicina de família e comunidade |   |
| 31. Medicina do trabalho             |   |
| 32. Medicina do tráfego              |   |
| 33. Medicina esportiva               |   |
| 34. Medicina física e reabilitação   |   |
| 35. Medicina Intensiva               |   |
| 36. Medicina legal e perícia médica  |   |
| 37. Medicina nuclear                 |   |

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

**B) procedimentos e exames ambulatoriais com finalidades diagnósticas**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Broncoscopia   | 17. Exames Otorrinolaringológicos  |
| 2. Cintilografia Óssea  | 18. Mamografia   |
| 3. Colonoscopia   | 19. Mapeamento da Pressão Arterial – MAPA                                      |
| 4. Densitometria Óssea  | 20. Raio X Contrastado   |
| 5. Diagnose em Oftalmologia   | 21. Raio X Simples   |
| 6. Ecodoppler de Carótidas  | 22. Ressonância Nuclear Magnética (RNM)  |
| 7. Ecodoppler renal   | 23. Retossigmoidoscopia  |
| 8. Ecodopplercardiograma  | 24. Sistema Holter 24 horas / 2 Canais<br>(Eletrocardiograma de longa duração) |
| 9. Eletrocardiograma  | 25. Teste Ergométrico  |
| 10. Eletroencefalograma Digital com ou sem Sedação                              | 26. Tomografia Computadorizada (TC)  |
| 11. Eletroneuromiografia  | 27. Ultrassonografia (USG)   |
| 12. Endoscopia Digestiva (Gastroduodenoscopia ou<br>Esofagogastroduodenoscopia) | 28. USG Doppler Colorido de Órgãos ou<br>Estruturas                            |
| 13. Espirografia  | 29. USG Doppler Colorido Venoso de MMII e/ou<br>MMSS                           |
| 14. Espirometria  | 30. Urodinâmica Completa   |
| 15. Exames Dermatológicos   | 31. Urofluxometria   |
| 16. Exames Fonoaudiológicos   |  |

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

**C) Procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais**

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

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

**D) atendimentos multiprofissionais de nível superior (exceto médico)**

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

**E) Procedimentos laboratoriais**

1. Exames de Análises Clínicas
2. Exames Anátomo-Patológicos (Anatomia Patológica)



### 3. Exames Citopatológicos (Citologia Oncótica)

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

## 2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

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

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

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

Justifica-se a necessidade da contratação, atendendo ao disposto na Instrução Normativa 004/2008, bem como, considerando a importância da Assistência à saúde do IPREF na continuação da prestação de serviços no segmento ambulatorial a seus servidores ativos, inativos, dependentes e pensionistas, com objetivo de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, tanto sob a perspectiva de cuidados preventivos quanto de tratamentos que porventura sejam necessários, como em casos de acometimento de moléstia ou acidente, de acordo com os casos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

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

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

## 3. DAS ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E VALORES

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

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

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

#### CONSULTA/SESSÃO

TUSS	Descrição	Valor
10101012	Consulta em consultório (horário normal ou preestabelecido)	R\$ 65,00
10101012	Consulta em Psiquiatria (adulto e infantil)	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Fisiatria	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Geriatria	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Hematologia	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Hepatologia	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Neurologia Cirúrgica	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Neurologia Clínica	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Nutrologia	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Obstetrícia (parto)	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Pediatria	R\$ 100,00
10101012	Consulta em Reumatologia	R\$ 100,00
10101013	Consulta laudo pericial	R\$ 120,00
10101039	Consulta em pronto socorro	R\$ 57,00
31601013	Avaliação individual ambulatorial de Acupuntura	R\$ 65,00
31601014	Sessão individual ambulatorial de Acupuntura	R\$ 40,00
50000055	Consulta individual ambulatorial, em terapia ocupacional (50minutos)	R\$ 65,00
50000080	Sessão individual ambulatorial, em terapia ocupacional (50minutos)	R\$ 40,00
50000080	Sessão individual ambulatorial, em terapia ocupacional para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00
50000144	Consulta ambulatorial em fisioterapia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 60,00
50000462	Consulta em psicologia (50minutos)	R\$ 65,00
50000470	Sessão de psicoterapia individual por psicólogo (50minutos)	R\$ 40,00
50000470	Sessão de psicoterapia individual por psicólogo para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00
50000560	Consulta ambulatorial por nutricionista	R\$ 65,00
50000586	Consulta individual ambulatorial de fonoaudiologia (50minutos)	R\$ 65,00
50000616	Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia	R\$ 40,00
50000616	Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00
50000713	Sessão ambulatorial em fisioterapia para atendimento de portadores de necessidades especiais.	R\$ 40,00

**PROCEDIMENTOS E EXAMES AMBULATORIAIS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Procedimento	Codificação	Valoração	Valor
Procedimentos e exames ambulatoriais com finalidade diagnóstica	TUSS	AMB/92	R\$ 0,41 por CH

**PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS**

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

**DEMAIS CONDIÇÕES COMERCIAIS**

Filme Radiológico por M2	R\$ 21,70	
Materiais Descartáveis	Tabela SIMPRO	Com deflator de 20%

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

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

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

TABELA PORTE DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM 5ª ED-2008 COM 20% DEFLATOR								
Porte	Valor do Porte	Valor com Deflator	Porte	Valor do Porte	Valor com Deflator	Porte	Valor do Porte	Valor com Deflator
1A	R\$ 10,00	R\$ 8,00	5C	R\$ 234,00	R\$ 187,20	10B	R\$ 775,00	R\$ 620,00
1B	R\$ 20,00	R\$ 16,00	6A	R\$ 255,00	R\$ 204,00	10C	R\$ 860,00	R\$ 688,00
1C	R\$ 30,00	R\$ 24,00	6B	R\$ 280,00	R\$ 224,00	11A	R\$ 910,00	R\$ 728,00
2A	R\$ 40,00	R\$ 32,00	6C	R\$ 306,00	R\$ 244,80	11B	R\$ 998,00	R\$ 798,40
2B	R\$ 54,00	R\$ 43,20	7A	R\$ 331,00	R\$ 264,80	11C	R\$ 1.095,00	R\$ 876,00
2C	R\$ 64,00	R\$ 51,20	7B	R\$ 366,00	R\$ 292,80	12A	R\$ 1.135,00	R\$ 908,00
3A	R\$ 88,00	R\$ 70,40	7C	R\$ 433,00	R\$ 346,40	12B	R\$ 1.220,00	R\$ 976,00
3B	R\$ 112,00	R\$ 89,60	8A	R\$ 468,00	R\$ 374,40	12C	R\$ 1.495,00	R\$ 1.196,00
3C	R\$ 128,00	R\$ 102,40	8B	R\$ 490,00	R\$ 392,00	13A	R\$ 1.645,00	R\$ 1.316,00
4A	R\$ 153,00	R\$ 122,40	8C	R\$ 520,00	R\$ 416,00	13B	R\$ 1.805,00	R\$ 1.444,00
4B	R\$ 168,00	R\$ 134,40	9A	R\$ 555,00	R\$ 444,00	13C	R\$ 1.996,00	R\$ 1.596,80
4C	R\$ 189,00	R\$ 151,20	9B	R\$ 605,00	R\$ 484,00	14A	R\$ 2.225,00	R\$ 1.780,00
5A	R\$ 204,00	R\$ 163,20	9C	R\$ 666,00	R\$ 532,80	14B	R\$ 2.420,00	R\$ 1.936,00
5B	R\$ 220,00	R\$ 176,00	10A	R\$ 715,00	R\$ 572,00	14C	R\$ 2.670,00	R\$ 2.136,00

TABELA PORTE E VALORES (ANESTESIA) CBHPM 5ªED-2008 - COM 20% DEFLATOR			
Porte	Referência	Valor	Valor com Deflator
PORTE 1	3A	R\$ 88,00	R\$ 70,40
PORTE 2	3C	R\$ 128,00	R\$ 102,40
PORTE 3	4C	R\$ 189,00	R\$ 151,20
PORTE 4	6B	R\$ 280,00	R\$ 224,00
PORTE 5	7C	R\$ 433,00	R\$ 346,40
PORTE 6	9B	R\$ 605,00	R\$ 484,00
PORTE 7	10C	R\$ 860,00	R\$ 688,00
PORTE 8	12A	R\$ 1.135,00	R\$ 908,00

### 3.3 TAXAS

GRUPO	TIPO SERVIÇO	TUSS	SERVIÇO	VALOR
-------	--------------	------	---------	-------

10	TAXA DE SALA	146	60000422	TAXA COMPACTA DE SALA DE IMOBILIZAÇÕES NÃO GESSADAS	R\$ 10,38
10	TAXA DE SALA	150	60000465	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	R\$ 25,70
10	TAXA DE SALA	152	60000481	TAXA COMPACTA DE SALA DE SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	R\$ 96,37
10	TAXA DE SALA	2329	60022256	TAXA DE IMOBILIZACAO GESSADA, POR USO/SESSÃO	R\$ 19,97
10	TAXA DE SALA	2330	60022264	TAXA DE IMOBILIZACAO NÃO GESSADA, POR USO/SESSÃO	R\$ 17,84
10	TAXA DE SALA	2412	60023082	TAXA POR USO/SESSAO DE SALA CIRURGICA, PEQUENA CIRURGIA AMBULATORIAL	R\$ 28,02
10	TAXA DE SALA	2413	60023090	TAXA DE SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	R\$ 161,09
10	TAXA DE SALA	2427	60023236	TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE GESSO	R\$ 18,84
10	TAXA DE SALA	2428	60023244	TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLONOSCOPIA	R\$ 70,66
10	TAXA DE SALA	2432	60023287	TAXA POR USO/SESSAO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 70,66
10	TAXA DE SALA	2442	60023384	TAXA POR USO/SESSAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	R\$ 35,11
10	TAXA DE SALA	2535	60024313	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ENCOENDOCPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 69,04
10	TAXA DE SALA	2540	60024364	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA SEM VIDEO, POR USO	R\$ 69,04
10	TAXA DE SALA	3579	60027185	INSTALACAO DO SORO - IRRIGAÇÃO CONTINUA	R\$ 43,15
10	TAXA DE SALA	2848	60027444	ALUGUEL / TAXA DE MICROSCOPIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, POR USO	R\$ 21,86
10	TAXA DE SALA	3475	60033711	TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA/OS, ATÉ 12 HORAS	R\$ 70,66
10	TAXA DE SALA	3645	90053648	TAXA DE VIDEO	R\$ 266,87
11	DIARIA	120	60000163	DIÁRIA COMPACTA HOSPITAL DIA ENFERMARIA	R\$ 135,25
11	DIARIA	3573	60000856	DIÁRIA DE QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO SEM BANHEIRO PRIVATIVO	R\$ 69,04
11	DIARIA	3629	60034424	DIÁRIA HOSPITAL DIA - DAY CLINIC	R\$ 103,56
12	TAXAS	1642	60015381	TAXA DE APLICACAO DE QUIMIOTERAPIA, POR USO/SESSÃO	R\$ 63,09
12	TAXAS	3644	60016380	TAXA DE TROCA/RETIRADA DE PORTH A CATH	R\$ 18,42
12	TAXAS	1742	60016388	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GDE ONCOLOGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI UTI E DO CENTRO CIRURGICO	R\$ 28,19
12	TAXAS	1838	60017341	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO ONCOLOGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO	R\$ 17,92
12	TAXAS	1946	60018429	TAXA POR UNIDADE DE PEQUENO ONCOLOGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO	R\$ 15,44
12	TAXAS	3660	60022965	TAXA DE SALA/SESSÃO INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	R\$ 28,77

12	TAXAS	2480	60023767	UTILIZACAO DE BANDEJA DE TRAQUEOSTOMIA	R\$ 16,29
12	TAXAS	2493	60023899	UTILIZACAO DE BANDEJA PARA RETIRADA DE PONTOS	R\$ 37,97
12	TAXAS	2788	60026847	TAXA DE FERULA ORTOPEDICA, POR USO	R\$ 27,05
12	TAXAS	3478	60033746	TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 92,05
12	TAXAS	3504	60034009	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GRANDE	R\$ 15,91
12	TAXAS	3505	60034017	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MEDIO	R\$ 12,78
12	TAXAS	3506	60034025	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO	R\$ 9,42
13	GASES	2937	60028335	AR COMPRIMIDO COM OXIGENIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, POR HORA	R\$ 6,49
13	GASES	2956	60028521	NITROGENIO, POR HORA	R\$ 28,38
13	GASES	3514	60034335	OXIGENIO, POR HORA	R\$ 9,81
15	APLICACAO	1633	60015292	TAXA DE APLICACAO DE INJEÇÃO EV, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 1,64
15	APLICACAO	1636	60015322	TAXA DE APLICACAO DE INJEÇÃO IM, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRURGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 2,00
18	EQUIPAMENTOS	2543	60024399	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA DIAGNOSTICO, POR USO	R\$ 354,41
18	EQUIPAMENTOS	2574	60024704	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO DE ELETROCAUTERIZAÇÃO TERMICA, POR USO	R\$ 28,37
18	EQUIPAMENTOS	2654	60025506	ALUGUEL/TAXA BISTURI A LASER, POR USO	R\$ 28,37
18	EQUIPAMENTOS	2670	60025662	BOMBA DE INFUSAO, POR HORA	R\$ 13,56
18	EQUIPAMENTOS	2746	60026421	ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO), POR USO	R\$ 15,97

#### 3.4. PACOTES

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

#### DERMATOLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-7	PACOTE DE LIPOMAS (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 506,30

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-7	VERRUGAS (ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 506,30

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-8	PACOTE DE TUMOR DE PELE (ATÉ 2 LESÕES)	R\$ 506,30

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

### GASTROENTEROLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-0	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 215,17

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-5	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + POLIPECTOMIA	R\$ 379,72

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-6	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 316,44

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-7	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + DILATAÇÃO	R\$ 253,15

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-7	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE URÉASE	R\$ 253,15

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-8	PACOTE DE COLONOSCOPIA	R\$ 379,72

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-9	PACOTE DE COLONOSCOPIA + POLIPECTOMIA	R\$ 632,87

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-0	PACOTE DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	R\$ 126,57

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-1	PACOTE DE ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 63,29

**Composição:** Material, Medicamentos e Honorários Médicos.

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

9.70.25.07-2	PACOTE DE PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR	R\$ 88,60
<b>Composição:</b> Material, Medicamentos e Honorários Médicos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-3	PACOTE DE CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA	R\$ 5.316,12
<b>Composição:</b> Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-4	PACOTE DE COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA + PAPILOTOMIA	R\$ 1.898,61
<b>Composição:</b> Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-5	PACOTE DE CIRURGIA DE ABAIXAMENTO	R\$ 2.278,34
<b>Composição:</b> Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-6	PACOTE DE RGE - REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 1.075,88
<b>Composição:</b> Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-7	PACOTE DE COLECISTECTOMIA COM COLÂNGEO	R\$ 1.075,88
<b>Composição:</b> Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-8	PACOTE DE HÉRNIA INGUINAL	R\$ 607,56
<b>Composição:</b> Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.07-9	PACOTE DE RETOSSIGMOIDECTOMIA	R\$ 1.772,04
<b>Composição:</b> Honorários Médicos, Primeiro Auxiliar, segundo auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-0	PACOTE DE LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL	R\$ 1.898,61
<b>Composição:</b> Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, Segundo Auxiliar, Instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-1	PACOTE DE HÉRNIA EPIGÁSTRICA	R\$ 607,56
<b>Composição:</b> Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-2	PACOTE DE HERNIA UMBILICAL	R\$ 607,56
<b>Composição:</b> Honorário Médico, Primeiro Auxiliar, instrumentador, taxa de sala, medicamentos e materiais.		

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

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

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.08-9	PACOTE DE MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 354,41
<b>Composição:</b> honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-0	PACOTE DE MANOMETRIA ANO RETAL	R\$ 354,41
<b>Composição:</b> honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-1	PACOTE DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 189,86
<b>Composição:</b> honorários médicos, taxa de sala, medicação e materiais.		

## GINECOLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.18-6	PACOTE DE IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL	R\$ 1.898,61
9.70.25.08-6	PACOTE DE IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL	R\$ 506,30
<b>Composição:</b> Honorários Médicos, fornecimento do Dispositivo Intrauterino (DIU) e materiais		

## NEFROLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.05-7	PACOTE DE HEMODIÁLISE AMBULATORIAL	R\$ 306,31
<b>Composição:</b> Acompanhamento médico, taxa de sala, orientação ao paciente, honorários médicos, materiais e taxas. Tempo previsto sessão: 04 horas Sessões: 12 a 14 sessões mensais		

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

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



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

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

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-2	PACOTE DE DIALISE PERITONIAL AUTOMÁTICA (DPA ou CAPD)	R\$ 4.176,95

**Composição:** Conjunto de trocas entregues na residência do paciente, orientação ao paciente pela clínica, honorários médicos. Uso diário: Até 02 conjuntos de troca de 5L. 01 conjunto de troca de 02L. e 2 equipos (infusão e drenagem).

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.30-0	PACOTE HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)	R\$ 630,00

**Composição:** HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXA DE SALA E EQUIPAMENTOS.

## OFTALMOLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
7.50.15.00-5	PACOTE DE SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS SOB NARCOSE	R\$ 615,15

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
7.50.01.00-9	PACOTE DE TONOMETRIA E MAPEAMENTO SOB NARCOSE (CRIANÇA, RECEM NASCIDO)	R\$ 683,50

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

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

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

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

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-1	PACOTE DE ESTRABISMO	R\$ 1.093,60

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

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

9.70.25.17-8	PACOTE DE APLICAÇÃO DE LUCENTIS OU EYLIA (monocular)	R\$ 4.374,40
<b>Composição:</b> HM, 01 ampola de Lucentis, materiais e taxas de sala.		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.25.17-9	PACOTE DE T.T.T. TERMO TERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 1.298,65
<b>Composição:</b> HM Cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, internação, taxas, materiais, medicamentos, 01 BSS Alcon, Viscoat Alcon, 02 aneis intra estromal, sob anestesia local com sedação.		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.25.10-4	PACOTE DE ANGIOGRAFIA COM INDOCIANINA VERDE	R\$ 751,85
<b>Composição:</b> HM, materiais, medicamentos, taxa de sala, ampola de Indocianina e ampola de fluoresceína.		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.25.18-1	PACOTE DE TRIANCINOLONA	R\$ 2.050,50
<b>Composição:</b> HM, Cirurgião, Anestesista, instrumentador, serviços de enfermagem, taxas, medicamento e internação período de 06 (seis) horas		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.25.18-2	PACOTE DE IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA OZURDEX	R\$ 4.809,82
<b>Composição:</b> HM, 01 ampola de Eylia ou 01 ampola de Ozurdex, materiais e medicamentos.		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.25.10-5	PACOTE DE FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR POR FACOEMULSIFICAÇÃO (INCLUSA A LENTE)	R\$ 3.523,36
<b>ESTÃO INCLUSOS:</b> Taxa de sala e equipamento de uso habitual; Materiais básicos de uso habitual; Fios de sutura conforme padronização; Trépanos; Medicamentos básicos, incluindo os anestésicos; Kit para faco legacy; Lente intraocular (R\$ 1.200,00); Honorários do cirurgião, auxiliar e Anestesista. <b>NÃO ESTÃO INCLUSOS:</b> Fios de sutura além dos padronizados; Remoção do paciente; Custo referente a eventuais intercorrências clínicas e cirúrgicas mediante justificativa do médico responsável; Exame radiológico e laboratorial de qualquer espécie; Anátomo patológico.		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.11.27-4	PACOTE DE FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR SEM HM (INCLUSA A LENTE)	R\$ 3.251,00
<b>ESTÃO INCLUSOS:</b> Internação, Day Hospital, material de consumo, medicamentos inerentes ao procedimento e taxas; Lente Intraocular (R\$ 1.200,00). <b>NÃO ESTÃO INCLUSOS:</b> Honorários do Cirurgião auxiliar e anestesista.		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.25.31-5	PACOTE PTK CERATECTOMIA FOTOTERAPEUTICA	R\$ 1.100,69
<b>ESTÃO INCLUSOS:</b> HM, materiais, medicamentos, taxa de sala, diária e equipamentos.		
<b>CÓDIGO PACOTE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
9.70.25.12-0	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA)	R\$ 4.374,40
9.70.25.12-2	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + RETINOPEXIA INTROFLEXÃO ESCLERAL + ENDO LASER	R\$ 8.065,31
9.70.25.12-3	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE	R\$ 7.518,50

9.70.25.12-4	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + IMPLANTE DE SILICONE COM LIO	R\$ 7.518,50
9.70.25.12-5	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + RETINOPEXIA INTRA ESCLERAL + IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE	R\$ 7.518,50
9.70.25.18-4	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO	R\$ 4.442,76
9.70.25.12-8	PACOTE DE VITRECTOMIA (VIA PARS PLANA) + RETINOPEXIA INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 7.245,11

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Composição:** Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas

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

**Composição:** Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.12-1	PACOTE DE PARACENTESE	R\$ 1.161,95

**Composição:** Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.35.00.63-7	PACOTE DE PARACENTESE COM LAVAGEM LOCAL SEM HM	R\$ 1.025,26

**Composição:** Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.12-6	PACOTE DE IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE	R\$ 1.913,80

**Composição:** Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas e lente intraocular

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.12-7	PACOTE DE IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE + VITRECTOMIA	R\$ 4.442,76

**Composição:** Honorários Médicos, materiais, medicamentos e taxas e lente intraocular

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-0	PACOTE DE CIRURGIA COM SUTURA DE ESCLERA	R\$ 478,45

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-1	PACOTE DE ENUCLEAÇÃO SEM IMPLANTE	R\$ 1.332,83

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-2	PACOTE DE ENUCLEAÇÃO COM IMPLANTE SEM HM	R\$ 1.161,95

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-3	PACOTE DE RECONSTRUÇÃO DE GLOBO OCULAR C/ LESÃO DE ESTRUTURAS	R\$ 3.964,31

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-6	PACOTE DE CIRURGIAS ANTIGLAUCOMATOSAS	R\$ 1.913,80

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.13-9	PACOTE DE IRIDOCICLECTOMIA	R\$ 1.640,41

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

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

9.70.25.14-2	PACOTE DE TUMOR DE ÓRBITA - EXÉRESE	R\$ 3.007,40
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.14-5	PACOTE DE RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO SEM HM	R\$ 2.706,66
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.14-6	PACOTE DE RETINOPEXIA PNEUMÁTICA SEM HM	R\$ 1.134,61
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.14-8	PACOTE DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 1.913,80
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.15-7	PACOTE DE CALÁZIO	R\$ 382,26
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-1	PACOTE DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO	R\$ 1.367,00
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-2	PACOTE DE PTOSE	R\$ 1.367,00
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-4	PACOTE DE SUTURA DE PÁLPEBRA	R\$ 922,72
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.16-6	PACOTE DE RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS	R\$ 574,14
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-3	PACOTE DE ENDOFOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 386,86
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos, HM.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-7	PACOTE DE CIRÚRGIA REFRACTIVA - HIPERMETROPIA	R\$ 792,86
<b>Composição:</b> Diárias, Taxas de Sala, Equipamentos usados nas cirurgias, Materiais e Medicamentos, HM.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.10-9	PACOTE DE SILICONE + RETINOPEXIA + FACECTOMIA COM LIO	R\$ 7.518,50

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

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

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.11-5	PACOTE DE ESTEREOFOTO DE PÁPILO	R\$ 31,76

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

### OTORRINOLARINGOLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-2	PACOTE DE LARINGOSCOPIA	R\$ 126,57

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

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.09-3	PACOTE DE NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$ 151,89

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

### UROLOGIA

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.50-3	PACOTE DE PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO – PREPUÇAL	R\$ 253,15

**Composição:** Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.51-1	PACOTE DE EXERÉSE DE CISTO ESCROTAL	R\$ 253,15

**Composição:** Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.53-8	PACOTE DE CAUTERIZAÇÃO DE LESÕES GENITAIS (Grupo a cada 5 lesões)	R\$ 139,24

Grupo a cada 5 lesões

**Composição:** Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.54-6	PACOTE DE PENISCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 126,57

**Composição:** Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.55-4	PACOTE DE CATETERISMO VESICAL	R\$ 189,86

**Composição:** Kit + Honorário + Auxiliar + Anestesia local + Taxa de Sala + Insumos.

CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR

9.70.24.55-5	PACOTE DE TESTE DE EREÇÃO	R\$ 253,15
<b>Composição:</b> Kit + Honorário + Auxiliar + Taxa de Sala + Substâncias.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.57-0	PACOTE DE VASECTOMIA	R\$ 696,18
<b>Composição:</b> Hospital + Kit + Honorários + Auxiliar + Anestesia + Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.24.58-9	PACOTE DE POSTECTOMIA	R\$ 696,16
<b>Composição:</b> Hospital + Kit + Honorários + Auxiliar + Anestesia + Medicamentos.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-3	PACOTE DE NEFROLITOTRIPSIA EXTRA CORPÓREA / LITOTRIPSIA	R\$ 1.183,47
<b>Composição:</b> Anestesia, Insumos e Honorário Médico		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.06-4	PACOTE DE URETEROLITOTRIPSIA EXTRA CORPÓREA	R\$ 1.183,57
<b>Composição:</b> Anestesia, Insumos e Honorário Médico		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.25.17-5	PACOTE DE LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA ORTOPÉDICA	R\$ 501,12
<b>Composição:</b> Anestesia, Insumos e Honorário Médico		
PACOTES LABORATORIAIS		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.52-0	CORE BIOPSY	R\$ 776,11
<b>COMPOSIÇÃO:</b> Cód. 4.08.08.09-2 (Biópsia Percutânea de fragmento mamário (Core Biopsy) orientada por US ou RX - agulha grossa); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico); Cód. 4.09.01.11-4 (US Mama). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.85-7	ULTRASSOM DE PENIS COM DOPPLER E TESTE DE EREÇÃO	R\$ 534,81
<b>COMPOSIÇÃO:</b> Cód. 4.09.01.44-0 (Doppler Colorido Peniano com fármaco indução); Cód. 4.09.01.20-3 (Órgãos Superficiais - tireóide ou escroto ou pênis ou crânio); Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.53-9	AGULHAMENTO MAMÁRIO (POR NÓDULO)	R\$ 437,13
<b>COMPOSIÇÃO:</b> Cód. 4.08.08.06-8 (Marcação pré-cirúrgica orientada por imagem - por mama (já inclui exame de base); Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.62-8	PUNÇÃO CISTO DE OVÁRIO	R\$ 759,45
<b>COMPOSIÇÃO:</b> Cód. 4.08.09.09-9 (Punção Biópsia/Aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RX, US ou CT - acrescentar exame base); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico); Cód. 4.09.01.30-0 (US Transvaginal); Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.		
CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.54-7	PUNÇÃO DE MAMA (POR NÓDULO)	R\$ 394,61

**COMPOSIÇÃO:** Cód. 4.08.08.08-4 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por imagem (já inclui o exame base); Cód. 4.06.01.11-0 (Anátomo Patológico). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CÓDIGO PACOTE	DESCRIÇÃO	VALOR
9.70.21.91-3	INFILTRAÇÃO POR PUNÇÃO EXTRA ARTICULAR COM VISCOSUPLEMENTAÇÃO	R\$ 708,82
<b>COMPOSIÇÃO:</b> Cód. 3.07.13.14-5 (Punção extra articular diagnóstica ou terapêutica, orientada por Rx, USG, TC e Rm); Cód. 4.09.01.22-0 (USG Articular). Materiais e Medicamentos; Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora; taxa de aplicação		

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

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

#### 4. VIGÊNCIA DO CONTRATO E SUA PRORROGAÇÃO

O Contrato de Credenciamento com o IPREF terá validade de até 60 (sessenta) meses, podendo ser prorrogado sucessivamente até a vigência máxima de dez anos, desde que não denunciado, conforme preceitos previstos no contrato.

#### 5. JUSTIFICATIVA

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

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

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

Justifica-se a necessidade da contratação, atendendo ao disposto na Instrução Normativa 004/2008, bem como, considerando a importância da Assistência à saúde do IPREF na continuação da prestação de serviços no segmento ambulatorial a seus servidores ativos, inativos, dependentes e pensionistas, com objetivo de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, tanto sob a perspectiva de cuidados preventivos quanto de tratamentos que porventura sejam necessários, como em casos de acometimento de moléstia ou acidente, de acordo com os casos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

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

Ressalta-se que serão considerados como preços máximo, os valores especificados neste Termo de Referência, bem como especificadas quais as tabelas deverão ser utilizadas para pagamento de materiais e medicamentos utilizados nos procedimentos/tratamentos realizados.

#### 6. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

##### 6.1. Da prestação de serviços

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

#### **7. MODELO DE EXECUÇÃO CONTRATUAL (art. 6º, XXIII, alínea “e”, da Lei nº 14.133/21)**

As regras para execução contratual estão estabelecidas no anexo VII – Manual de Orientação ao Credenciando, cuja a finalidade é subsidiar a rede credenciada, padronizar e apresentar as informações sobre regras operacionais de validação de elegibilidade do Beneficiário, autorização e regulação prévia de procedimentos, envio de contas assistenciais e faturamento do IPREF-SAÚDE.

#### **8. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO (art. 6º, XXIII, alínea “f”, da Lei nº 14.133/21)**

8.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133 de 2021, e Decreto Municipal nº 33.912 de 16 de janeiro de 2017, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

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

##### **Fiscalização técnica e administrativa**

8.3. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) Fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos.

8.3.1. O fiscal do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados;

8.3.2. Identificada qualquer inexecução ou irregularidade, o fiscal do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção;

8.3.3. O fiscal do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso;

8.3.4. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato;

8.3.5. O fiscal do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual;

8.3.6. O fiscal do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário;

8.3.7. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

6.4. Somente o contratado será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.

8.4.1. A inadimplência do contratado em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transferirá à Administração a responsabilidade pelo seu pagamento e não poderá onerar o objeto do contrato.

8.5. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito e encaminhadas em e-mail eletrônico [chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br](mailto:chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br) sempre que o ato exigir tal formalidade.

8.6. O Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos – IPREF poderá convocar representante da pessoa jurídica para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

#### **Gestão do Contrato**

8.7. O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, se for o caso, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração.

8.8. O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.

8.9. O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório.

8.10. O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelo(s) fiscal(is) quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas.

8.11. O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

8.12. O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

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

#### **9. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO**

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

O credenciado deverá enviar:

- ✓ Uma via das guias correspondentes aos serviços prestados no período.
- ✓ Documentação complementar cabível (relatório médico, fatura hospitalar completa, detalhamento de materiais e medicamentos).
- ✓ O faturamento em lotes de no máximo 100 guias, em ordem alfabética e com a relação dos beneficiários atendidos, totalizando as guias individualmente com somatória final.

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

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

Como possibilidade prevista na TISS, todos os procedimentos e itens de cobrança envolvendo os pacotes contratados, os materiais e medicamentos, devem ser discriminados individualmente na interface eletrônica,

utilizando-se as codificações e descrições previstas nos contratos estabelecidos e, notadamente no caso de materiais e medicamentos, as descrições das tabelas comerciais Simpro e Brasíndice.

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

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

## **10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes da execução do objeto deste Edital de Chamamento Público de Credenciamento correrão à conta dos recursos consignados na Dotação Orçamentária correspondente ao exercício 2024, cujo número é (3015) 8510-10.302.00672-192.04.1000900-339039.900

Será obedecido o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações próprias do orçamento do IPREF – Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Guarulhos.

ANEXO VII

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

MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PA. \*\*\*\*\*/2024

DAS PARTES

DAS PARTES

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

**CONTRATADA:** \*\*\*\*\*, inscrita no C.N.P.J. \*\*\*\*\*, localizado na Rua \*\*\*\*\*, nº \*\*\*\*\*, \*\*\*\*\*, \*\*\*\*\* – SP, Cep \*\*\*\*\*, neste ato representado por\*\*\*\*\*, brasileiro, casado, médico, CRM nº \*\*\*\*\*, portador da cédula de identidade RG nº \*\*\*\*\*- SSP/SP e inscrito no C.P.F sob nº \*\*\*\*\*, daqui por diante denominada simplesmente **CONTRATADA**, tem entre si certo e ajustado o presente, o qual se regerá pelas cláusulas e condições a seguir especificadas, a saber:

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

DO OBJETO

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

1.1 A Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) é a tabela adotada para codificação e nomenclatura dos procedimentos médicos. A valoração das consultas e sessões serão efetuadas conforme fixado na tabela constante no Anexo I e os procedimentos médicos e Serviços de

Diagnóstico e Terapia (SADT) terão valoração de acordo com a Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira (AMB) de 1992, coeficiente de Honorários (CH) no valor de R\$ 0,41 (quarenta e um centavos de real), sendo que os procedimentos não constantes na AMB 92 serão pagos de acordo com os valores especificados em Reais nas respectivas tabelas existentes, AMB 96, AMB 99 e CBHPM 5ª Edição/2008 e edições subsequentes (todas as CBHPM com deflator de 20% e UCO no valor de R\$ 11,50) e os portes terão como referência os valores constantes na CBHPM 5ª Edição/2008, com a devida AUTORIZAÇÃO do IPREF.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **DO ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS**

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

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

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

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

#### **DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

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

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

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

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

#### **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

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

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

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

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

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

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

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

**§7º** A **CONTRATADA** deverá cumprir, durante todo o período de execução do contrato, a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas na legislação (art. 116, da Lei n.º 14.133, de 2021).

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

#### **DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA**

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



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

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

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

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

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

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

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

#### **DAS REGRAS DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

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

§ 1º A **CONTRATADA** se compromete a controlar e restringir o tratamento dos dados pessoais e sensíveis dos titulares vinculados à **CONTRATANTE** unicamente aos profissionais necessários à

execução deste contrato, comprometendo-se a tomar todas as precauções para evitar que quaisquer pessoas que não estejam vinculadas aos serviços tenham acesso a tais informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

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

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

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

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

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

#### **DA FORMA DE PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS PRESTADOS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§09º. A partir da data da disponibilização do relatório de glosa no Portal Web IPREF pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** terá o prazo de 30 dias corridos para interpor recurso. Em não o fazendo, assumirá a exatidão das glosas.

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

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

## DA FISCALIZAÇÃO

**CLÁUSULA 09.** A **CONTRATADA** autoriza expressamente o **CONTRATANTE** a:

- a) Fiscalizar suas instalações, exames, fichas médicas, documentos relacionados com o objeto do

contrato e equipamentos, mediante prévio agendamento acordado entre as partes, de data e horário;

- b) Examinar e auditar, localmente, o prontuário médico dos usuários dos serviços ora contratados através de visitas técnicas de auditoria médica e enfermagem;
- c) Examinar toda e qualquer documentação que possa servir como comprovação do exato cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no presente instrumento.

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

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

#### **DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA**

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

#### **DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DA EXTINÇÃO CONTRATUAL**

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

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

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

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

- ✓ Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;
- ✓ Infração comprovada às normas sanitárias em vigor;

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

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

#### **DAS PENALIDADES**

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

#### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**CLÁUSULA 13:** O presente contrato foi autorizado nos termos do despacho nos autos do Processo Administrativo nº XXX/202X, pela autoridade competente, sendo aqui ratificado, devendo ser publicado no DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, o resumo de suas principais cláusulas.

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

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

§3º O valor estimativo do presente contrato é R\$ \*\*\*\*\* (\*\*\*\*\*).

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

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

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

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

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

Guarulhos, de de 2024.

**CONTRATANTE**

**CONTRATADO**

**NOME**  
**PRESIDENTE DO IPREF**

**NOME**  
**CARGO**

**TESTEMUNHA**

**NOME**  
**DIRETOR(A) ADMINISTRATIVO(A) E FINANCEIRO(A)**

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

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

**CONTRATADO:** \*\*\*\*\*

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

**OBJETO:** \*\*\*\*\*

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**Estamos CIENTES de que:**

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

**Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

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



Guarulhos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2024.

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

---

**Nome**  
**Cargo**  
**CPF:**

**RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:**

**Pelo contratante:**

---

**Nome**  
**Cargo**  
**CPF:**

**Pela contratada:**

---

**Nome**  
**Cargo**  
**CPF:**

**GESTOR(ES) DO CONTRATO:**

---

**Nome**  
**Cargo**  
**CPF:**

**DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP**

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

**CONTRATADA:** NOME DO PRESTADOR – CNPJ nº \*\*\*\*\*

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**DATA DA ASSINATURA:** XX/XX/20XX

**VIGÊNCIA:** 60 (sessenta) meses

**OBJETO:** .....

**VALOR TOTAL:** \*\*\*\*\*

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

Guarulhos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTE IPREF**

➤ **Anexo I do Contrato de Prestação de Serviços**

**Termo de Referência - (valores constantes no Anexo VI – Edital de Chamamento para Credenciamento nº 01/2024-Clínicas e Laboratórios-IPREF.**

➤ **Anexo II do Contrato de Prestação de Serviços**

**Manual de Orientação ao Credenciado, conforme anexo VIII - Edital de Chamamento para Credenciamento nº 01/2024-Clínicas e Laboratórios-IPREF.**

➤ **Anexo III do Contrato de Prestação de Serviços**

**Declaração de reserva de cargos para PCD.**

**ANEXO VIII**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO N° 01/2024 – CLÍNICAS E LABORATÓRIOS -  
IPREF**

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO**

**IPREF-SAÚDE**

**SUMÁRIO**

RECIBO DE EDITAL POR EMAIL / SITE .....	1
EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO N° 001/2024 – CLÍNICAS E LABORATÓRIOS - IPREF .....	2
CHAMAMENTO PÚBLICO - CREDENCIAMENTO .....	2
1. PREÂMBULO .....	2
2. DO OBJETO.....	2
3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR .....	3
4. DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO .....	3
1. DO OBEJTO .....	15
2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO.....	17
3. DAS ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E VALORES.....	17
3.1. DOS HONORÁRIOS DE CONSULTA, SESSÃO E DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL .....	17
4. VIGÊNCIA DO CONTRATO E SUA PRORROGAÇÃO .....	33
5. JUSTIFICATIVA.....	33
6. REQUISITOS DA CONTRTATAÇÃO.....	33
9. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO.....	35
10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....	36
CONTRATANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS, inscrito no C.N.P.J. sob nº. 52.373.396/0001-16, localizado na Rua do Rosário, 226 – Vila Camargos – Guarulhos – São Paulo/SP – CEP: 07111-080, neste ato representado por sua Presidente, Sra. ***** , brasileira, casada, portadora da cédula de identidade nº. ***** e inscrita no C.P.F. sob nº.....	37
CONTRATADA: ***** , inscrita no C.N.P.J. ***** , localizado na Rua ***** , nº ***** , ***** , ***** – SP, Cep ***** , neste ato representado por ***** , brasileiro, casado, médico, CRM n.º ***** , portador da cédula de identidade RG nº *****- SSP/SP e inscrito no C.P.F sob nº ***** , daqui por diante denominada simplesmente CONTRATADA, tem entre si certo e ajustado o presente, o qual se regerá pelas cláusulas e condições a seguir especificadas, a saber: .....	37
As partes, após cumpridos os procedimentos exigidos para credenciamento, ajustam-se por meio do presente contrato, o qual é regido pelas cláusulas e condições a seguir expostas:.....	37
2º Os procedimentos médicos emergenciais e os materiais tecnicamente necessários para o pleno e eficaz atendimento do paciente ficarão a critério da CONTRATADA e, no caso de não cobertura desses procedimentos e materiais pelo CONTRATANTE, os mesmos serão cobrados dos responsáveis pelo paciente, com a concordância prévia deste, sempre que possível.....	38
§3º Os procedimentos médicos emergenciais serão realizados a critério da CONTRATADA e no caso de não cobertura desses procedimentos e materiais pelo CONTRATANTE, os mesmos serão cobrados dos responsáveis pelo paciente com a concordância prévia deste, sempre que possível. ....	39
1. APRESENTAÇÃO.....	53
2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB).....	53
3. CREDENCIAMENTO .....	54
4. PLANOS DE SAÚDE.....	54
4.2. SERVIÇOS ABRANGIDOS.....	54
5. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO .....	54
7. AUTORIZAÇÃO .....	55

8. EXAMES E PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO DO IPREF .....	56
9. CONSULTAS MÉDICAS .....	58
10. TERAPIAS AMBULATORIAIS.....	58
11. INTERNAÇÕES ELETIVAS .....	59
12. INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	59
13. PRORROGAÇÕES DE INTERNAÇÕES .....	59
14. ÓRTESES E PRÓTESES .....	59
15. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA .....	60
16. QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA .....	61
17. FATURAMENTO .....	61
17.1. Limite para Apresentação das Guias .....	62
17.2. Documentação de envio de faturamento e Cronograma de Pagamento .....	62
18. GLOSAS E RECURSOS.....	63
19. FORMULÁRIOS .....	63
20. DESCREDECIMENTO .....	63
21. EXCLUSÕES DE COBERTURAS.....	64

## 1. APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)

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

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

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

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

### 3. CREDENCIAMENTO

Efetuada a contratação ou credenciamento, o Credenciado será cadastrado no IPREF SAÚDE e seu LOGIN e SENHA para acesso ao PORTAL WEB-IPREF-SAÚDE (<http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>) será disponibilizado quando da assinatura do contrato de prestação de serviços.

### 4. PLANOS DE SAÚDE

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

#### 4.1. TIPOS DE PLANOS

PLANO	ACOMODAÇÃO	ACESSO
IPREF-SAÚDE	ENFERMARIA – 02 leitos	Toda rede credenciada local

#### 4.2. SERVIÇOS ABRANGIDOS

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

### 5. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO

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

- ✓ Cartão de Identificação do IPREF-SAÚDE; e

- ✓ Carteira de Identidade (RG) ou documento com foto.

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

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

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

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

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

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

## **7. AUTORIZAÇÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **8. EXAMES E PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO DO IPREF**

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

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



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

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

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

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

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

## **9. CONSULTAS MÉDICAS**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **10. TERAPIAS AMBULATORIAIS**

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

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

## **11. INTERNAÇÕES ELETIVAS**

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

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

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

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

## **12. INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

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

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

## **13. PRORROGAÇÕES DE INTERNAÇÕES**

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

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

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

## **14. ÓRTESES E PRÓTESES**

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

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

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

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

Itens autorizados e não utilizados, não serão remunerados.

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

Nesses casos o Credenciado deverá encaminhar:

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

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

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

## **15. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

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

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

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

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

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

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

## **16. QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA**

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

## **17. FATURAMENTO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **17.1. Limite para Apresentação das Guias**

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

#### **17.2. Documentação de envio de faturamento e Cronograma de Pagamento**

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

O credenciado deverá enviar:

- ✓ Uma via das guias correspondentes aos serviços prestados no período.
- ✓ Documentação complementar cabível (relatório médico, fatura hospitalar completa, detalhamento de materiais e medicamentos).
- ✓ O faturamento em lotes de no máximo 100 guias, em ordem alfabética e com a relação dos beneficiários atendidos, totalizando as guias individualmente com somatória final.

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

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

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

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

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

## **18. GLOSAS E RECURSOS**

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

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

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

O recurso de glosa deverá ser apresentado de forma detalhada e fundamentada, mantendo sempre o mesmo grau de detalhamento e discriminação dos itens recusados, com as devidas justificativas, inclusive anexando documentos comprobatórios, se necessário. O recurso de glosa poderá ser acompanhado através da área restrita do Credenciado.

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

## **19. FORMULÁRIOS**

As guias TISS estão disponíveis para download e impressão na área restrita do Credenciado no portal do IPREF;

Conforme regulamentação específica da ANS, as guias em papel, padrão TISS, guardam semelhança com os respectivos formulários eletrônicos, enquanto conteúdo e obrigatoriedade de preenchimento de seus campos.

## **20. DESCREDECIMENTO**

O descredenciamento incidirá por solicitação escrita do Credenciado de serviço, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, não havendo direito à indenização de qualquer natureza, ressalvando o direito do Credenciado em receber pelos serviços prestados até a data da rescisão.

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

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

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

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

**NOTA:**

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

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

## **21. EXCLUSÕES DE COBERTURAS**

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

- I – Os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- II - Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências dispostas no art. 30.
- III - os valores excedentes às Tabelas e Preços Contratados pelo IPREF, inclusive aqueles referentes a honorários médicos, materiais e taxas hospitalares;
- IV – Despesas não contratadas pelo IPREF autorizadas pelo beneficiário;
- V - As despesas de hospital, após a alta dada pelo médico assistente;
- VI - Os serviços de enfermagem de origem particular, tanto para hospital quanto para domicílio;
- VII - As refeições de acompanhante, exceto nos casos de paciente menor que 18 anos e maior que 60 anos;
- VIII - os extraordinários de contas hospitalares, telefonemas de toda natureza, refeições não prescritas no tratamento, refrigerantes, objetos de higiene pessoal, fraldas descartáveis, lavagem de roupa, frutas, objetos destruídos ou danificados, indenização por furtos ou roubos, ressarcimento por danos, bem como outras despesas de caráter pessoal ou particular, tanto do paciente quanto do acompanhante.
- IX – Taxas e Diárias e Materiais/Medicamentos não definidos em normativo e contratos do IPREF e também os não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- X - Despesas oriundas de procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como para aquisição de OPME's para o mesmo fim, exceto se originadas da assistência à saúde prestada com a finalidade de reparação de função, entendendo-se por reparação de função aquelas intervenções médicas, inclusive cirurgia buco-maxilo facial, em órgãos ou membros que sofreram traumas e queimaduras, decorrentes de acidentes pessoal ou sequelas por doença maligna;



- XI – Cirurgias reparadoras com cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento, desde que após 5 (cinco) anos do evento cirúrgico primário;
- XII - tratamento dentário e aparelhos odontológicos;
- II – fornecimentos de medicamentos e materiais nacionais e/ou importados nacionalizados ou não nacionalizados, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou ANS, ou que não possuem as indicações descritas na respectiva bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label) assim como os medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC, e/ou que não estejam incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- XIII - consultas ou serviços médicos domiciliares;
- XIV – medicamentos, gasoterapia ou materiais para internação domiciliar, exceto nos casos previstos neste regulamento e desde que incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- XV - Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e suas consequências, cirurgias não éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial, assim como os exames e medicamentos utilizados para tal finalidade e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;
- XVI - tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XVII - enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- XVIII - cirurgias plásticas que não sejam restauradoras em função de sequelas de doença maligna e decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigência da Assistência à Saúde. Não terá cobertura os tratamentos cirúrgicos para displasia mamária e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer internações e tratamentos por motivo de senilidade, rejuvenescimento, emagrecimento e finalidade estética, em suas várias modalidades;
- XIX - qualquer procedimento realizado fora do território nacional;
- XX - quaisquer despesas hospitalares e afins quando solicitadas/utilizadas por iniciativa do Beneficiário/paciente ou seu responsável não previstas/relacionadas ao evento coberto e/ou não prescritas pelo médico assistente, assim como em casos de internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar ou em estabelecimentos para acolhimento de idosos, bem como tratamentos em clínicas de emagrecimento, hotéis, pensões, SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais, clínicas de acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos e quaisquer outras despesas realizadas em clínicas para acolhimento de pessoas para tratamentos de repouso, de recuperação física ou mental;
- XXII - casos de cataclismos, epidemias, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XXIII - check-up preventivo;
- XXIV - internações para tratamentos com medicamentos homeopáticos;
- XXVI - Balão Intra-gástrico (“BIB” sigla em Inglês);
- XXVII – reincidência ou nova cirurgia bariátrica em razão de acidente ou descuido do paciente em relação às regras de manutenção do pós cirúrgico, independente do tempo transcorrido;
- XXVIII - remoção de pacientes, exceto nos casos autorizados neste Regulamento;
- XXIX – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, assim entendido como calçados ortopédicos, palmilhas, óculos, lentes de contato, pernas ou braços mecânicos e similares;

- XXXI – transplantes de órgãos e tecidos, exceto os previstos Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- XXXII – lentes intraoculares importadas;
- XXXIII – mensalidade ou custos de educação em escolas para pacientes portadores de necessidades especiais.
- XXXIV – acomodações hospitalares ou clínicas em padrões diferentes do estabelecido neste regulamento;
- XXXV - reembolso de despesas médico-hospitalares não previstas em lei e/ou no âmbito da abrangência deste Regulamento e/ou não previstos Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- XXXVI - cirurgias refrativas, observado o âmbito da abrangência deste Regulamento e/ou não previstos Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento;
- XXXVII – imobilizadores ortopédicos em substituição ao gesso;
- XXXVIII – despesas com funeral;
- XXXIX – procedimentos realizados sem autorização prévia previstos nas tabelas e coberturas do IPREF, que tenham tal exigência;
- XL – exames de verificação de paternidade;
- XLI – colchões ortopédicos ou magnetizados ou similares;
- XLII – cobertura de vacinas de qualquer espécie;
- XLIII- Intervenções com finalidade contraceptiva que não prevista na legislação de saúde e no Rol da ANS;
- XLIV- lentes externas para qualquer deficiência visual;
- XLV- suplementos alimentares;
- XLVI- reembolso ou pagamento de procedimentos, exames, tratamentos ou internações realizadas no exterior;
- XLVII- tratamento da obesidade, exceto aquelas definidas nas diretrizes do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as normas, diretrizes e critérios ali estabelecidos, vigentes à época do evento; e
- XLVIII- transporte ou deslocamento do Beneficiário da residência ou do local não caracterizado como estabelecimento de saúde para um serviço de saúde credenciado ou não.

**ANEXO IX**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO N° 01/2024 – CLÍNICAS E LABORATÓRIOS –  
IPREF**

**DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS PCD**

**(Papel Timbrado da Pessoa Jurídica)**

**(Razão Social)**, inscrita no CNPJ nº ....., declara para os devidos fins que  
cumpre as exigências de reserva de Cargos para Pessoa com Deficiência — Pcd, para reabilitado da  
Previdência Social e para aprendiz, em atenção ao **Art. 92, inciso XVII da Lei N° 14.133/2021**.

....., ..... de ..... de 2024.

Atenciosamente.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do representante legal  
RG nº .....