

CRENCIAMENTO Nº 001/2021.

PRÓ-SAÚDE.

PROCESSO Nº 2021019180.

CONTRATO nº 099/2022.

CONTRATANTE: PROGRAMA DE SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CATALÃO – PRÓ-SAÚDE - CNPJ sob o nº 97.544.821/0001-20, neste ato representado por sua Gestora, Sra. Karla Rosane Santos Rabelo - Portaria Municipal nº 04 de 01 de janeiro de 2021, residente e domiciliado nesta cidade de Catalão, Estado de Goiás.

CONTRATADO: HOSPITAL NASR FAIAD LTDA – CNPJ nº 01.321.256/0001-63, neste ato representado pelo Sr. Jamil Sebba Calife – CPF nº 922.193.221-49, residente e domiciliado nesta cidade de Catalão, Estado de Goiás.

DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:

O presente contrato decorre de inexigibilidade de licitação, precedida de Chamamento Público para **CRENCIAMENTO**, autuado sob o nº 001/2021, estando às partes vinculadas ao Edital, cuja execução, e especialmente os casos omissos, estão sujeitos às normas do direito privado e a Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, Decisão/TCU nº 656/1995 - Plenário, de 06/12/1995, Instrução Normativa IN nº 00007/2016 c/c IN nº 00001/2019 do e. Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás - TCM/GO, as normas gerais da Lei nº 8.666/1993 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, cujos termos são irrevogáveis, bem como as cláusulas e às condições a seguir pactuadas.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

Constitui o objeto do presente Termo de Credenciamento, a contratação de serviços de saúde na especialidade de **HOSPITAL**, visando suprir as necessidades do Programa de Saúde dos Servidores Municipais de Catalão – Pró - Saúde, conforme especificado no **Credenciamento nº 001/2021** e anexos, relação de serviços, valores por procedimento e estimativa (Anexo I), que de agora em diante integram também este pacto contratual, independentes de sua transcrição.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO REGIME DE EXECUÇÃO:

A execução do objeto contratado será de forma indireta, sob o regime de empreitada por preço global, nos termos do art. 6º, VIII, "a", da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

Os serviços a serem prestados serão em locais próprios “clínicas/consultórios” de cada credenciado.

Parágrafo Primeiro: Os serviços prestados pelos estabelecimentos/profissionais credenciados serão prestados nos estabelecimentos próprios, na sede do Município de Catalão, junto aos usuários do Pró-

Saúde, com pessoal e material próprios, sendo de exclusiva e integral a responsabilidade pelos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Pró-saúde.

Parágrafo Segundo: A execução dos serviços será em conformidade com o Pró-Saúde, através de procedimentos específicos ou mediante a prestação de hora do profissional envolvido, observando a jornada mínima fixada no instrumento contratual, não superior à carga horária estipulada pela legislação trabalhista acerca dos funcionários atuantes na área da saúde.

Parágrafo Terceiro: A escolha do estabelecimento ou profissional será feita exclusivamente pelo paciente, que receberá lista dos credenciados para a realização do serviço, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizada a consulta ou o procedimento pelo Pró-Saúde.

Parágrafo Quarto: Para a realização do atendimento, o credenciado deverá receber do paciente a autorização de atendimento emitida pelo Pró-Saúde, na qual constará o serviço e/ou procedimento a ser realizado.

Parágrafo Quinto: A eventual mudança de endereço do estabelecimento contratado será imediatamente comunicada ao órgão contratante, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o contratante rever as condições deste contrato, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

CLÁUSULA QUARTA - DAS NORMAS GERAIS:




Os serviços ora contratados serão prestados diretamente pelo profissional (pessoa física) ou profissionais do estabelecimento CONTRATADO.

Parágrafo Primeiro - Para os efeitos deste contrato consideram-se profissionais do próprio estabelecimento CONTRATADO:

- a) o membro do seu corpo clínico e de profissionais;
- b) o profissional que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO;
- c) o profissional autônomo que presta serviços ao CONTRATADO; e
- d) o profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nas alíneas a, b e c, é admitido pelo CONTRATADO nas suas instalações para prestar serviço.

Parágrafo Segundo - Equipara-se ao profissional autônomo definido nas alíneas c e d a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

Parágrafo Terceiro - O CONTRATADO não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

Parágrafo Quarto - O CONTRATADO responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

Parágrafo Quinto - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

Para o cumprimento do objeto deste contrato o CONTRATANTE se obriga:

- a) Processar, atestar, empenhar, liquidar e pagar o valor apresentado em Nota Fiscal, em conformidade com a Cláusula Décima;
- b) Prestar todas as informações pertinentes ao objeto contratual, bem como aquelas para que se alcance êxito na prestação dos serviços e que venham a ser solicitadas pelo CONTRATADO;
- c) Comunicar oficialmente ao CONTRATADO quaisquer falhas ocorridas na prestação dos serviços, consideradas de natureza grave ou aquelas que possam prejudicar o cumprimento do objeto contratado. Caso as falhas levem ao descredenciamento, o CONTRATADO será notificado, num prazo mínimo de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO:

Para o cumprimento do objeto deste contrato o CONTRATADO se obriga a oferecer ao paciente todo o recurso necessário ao seu atendimento.

Parágrafo Único - O CONTRATADO se obriga, ainda a:

- a) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, em estrita observância ao Código de Ética das respectivas categorias profissionais, sujeitando-se, ainda, às regras do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8.078/90, e da Lei nº 8.666/93 no que couber;
- b) Proceder aos atendimentos necessários e agendar os exames solicitados, encaminhados pelo Pró-Saúde;
- c) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- d) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico;
- e) Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- f) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- g) Justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato;
- h) Notificar imediatamente ao CONTRATANTE eventual alteração nas modalidades de atendimento;

- i) Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;
- j) Comunicar ao CONTRATANTE, por escrito, qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos que julgar necessário;
- k) Facilitar ao CONTRANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços prestados.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO:

O CONTRATADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, ao Pró-Saúde e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CONTRATADO o direito de regresso.

Parágrafo Primeiro - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA OITAVA - DO VALOR E DOS PAGAMENTOS:

O presente termo terá o valor estimado de R\$ 2.933.000,00 (dois milhões, novecentos e trinta e três mil reais), sendo os pagamentos realizados mensais, conforme apresentação das faturas à contratante.

CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:


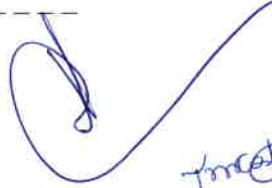

As despesas resultantes deste procedimento correrão a conta da seguinte dotação orçamentária:

**Projeto Atividade: Manutenção do Fundo Pró-Saúde. Dotação Orçamentária:
26.1601.10.302.4008.4033-339034.**

Parágrafo Primeiro - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Os pagamentos pelos serviços prestados pelo credenciado serão efetuados mensalmente, até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, mediante apresentação de Nota Fiscal/Fatura.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA EXECUÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO:

O contrato deverá ser executado fielmente, de acordo com as cláusulas aqui avençadas e observados os termos do Edital e a legislação vigente, respondendo o inadimplente pelas consequências da inexecução total ou parcial, na forma do Edital.

Parágrafo Primeiro - A fiscalização e acompanhamento do cumprimento da prestação dos serviços ora pactuados ficará a cargo do Pró-Saúde, onde será designado pelo Pro Saúde, tal servidor/profissional para este fim.

Parágrafo Segundo - A existência e atuação da fiscalização/auditoria pelo CONTRATANTE em nada restringe a responsabilidade integral e exclusiva do CONTRATADO, e não o eximirá da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato, no que concerne à execução do objeto ora contratado.

Parágrafo Terceiro - O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização/auditoria permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE designados para tal fim.

Parágrafo Quarto - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO o contraditório e amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:


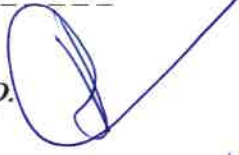

Constituem motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das sanções cominadas na Cláusula Décima Terceira.

Parágrafo Primeiro - Além dos motivos expressamente elencados na legislação vigente, a rescisão do contrato poderá ocorrer ainda pelas seguintes razões:

a) Cometimento, pelo CONTRATADO, de infração ético-disciplinar, erro médico por imperícia, imprudência ou negligência, culposo ou doloso, considerados de natureza grave, apurados em processo administrativo, garantido o contraditório e ampla defesa.

Parágrafo Segundo - Estando em processo de apuração de irregularidades cometidas na prestação dos serviços, o CONTRATADO não poderá solicitar a rescisão, enquanto não concluído o respectivo processo de apuração.

Parágrafo Terceiro - O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.



Parágrafo Quarto - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo aos beneficiários, será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para ocorrer à rescisão. Se neste prazo o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

Parágrafo Quinto - A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

Parágrafo Sexto - O presente contrato rescinde todos os demais contratos e convênios anteriormente celebrados entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

Parágrafo Sétimo - Quando a rescisão ocorrer com base nos incisos XII a XVII do art. 78 da referida lei, no que couber, sem que haja culpa do CONTRATADO, será este ressarcido dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito ao pagamento devido pela execução do contrato até a data da rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS SANÇÕES:

As sanções cabíveis serão aplicadas de acordo com o disposto nos arts. 86 a 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa.

Parágrafo Primeiro - Pela inexecução total ou parcial do contrato, poderá o CONTRATANTE, garantida prévia defesa no prazo de 5 (cinco) dias úteis, em processo administrativo, aplicar ao CONTRATADO, as seguintes sanções:

- I - advertência;
- II - multa, no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor residual do contrato, que poderá ser descontada de pagamento eventualmente devido pelo CONTRATANTE ou ainda, quando for o caso, cobrado judicialmente;
- III - suspensão do direito de licitar e contratar com o CONTRATANTE pelo prazo que for fixado pelo Chefe do Poder Executivo em função da natureza e da gravidade da falta cometida:
 - a) por 6 (seis) meses - quando o CONTRATADO incidir em atraso, assim entendido o período de 30 (trinta) dias, na execução do objeto deste contrato;
 - b) por 1 (um) ano - quando o CONTRATADO executar a prestação do serviço de forma incorreta, infringindo a legislação e o código de ética profissional vigentes e pertinentes a matéria, de forma dolosa;
 - c) por até 2 (dois) anos - nos casos em que a inadimplência acarretar prejuízos ao CONTRATANTE.
- IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com o CONTRATANTE, considerando para tanto, reincidência de faltas, a sua natureza e a sua gravidade, bem como por



desacato a servidor do CONTRATANTE ou da Administração Pública:

- a) o ato de declaração de inidoneidade será proferido pelo Prefeito de Catalão-GO e publicado no Diário Oficial do Estado, e perdurará enquanto durarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, que será concedida sempre que o CONTRATADO ressarcir o CONTRATANTE os prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item III deste Parágrafo;
- b) a sanção aplicada conforme inciso IV será apurada em processo administrativo próprio, sendo concedido ao CONTRATADO o prazo de 10 (dez) dias da sua intimação para apresentação de defesa.

Parágrafo Segundo - Nenhuma sanção ou penalização será aplicada sem a garantia de prazo prévio para o exercício do contraditório e ampla defesa.

Parágrafo Terceiro - A reabilitação poderá ser requerida após decorridos 2 (dois) anos da aplicação da sanção prevista no inciso IV.

Parágrafo Quarto - As sanções previstas nos incisos I, III, IV poderão ser aplicadas juntamente com a do inciso II, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

Parágrafo Quinto - As sanções previstas nos incisos III e IV poderão também ser aplicadas às pessoas físicas e jurídica que em razão deste contrato:

- a) tenham sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de qualquer tributo;
- b) tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos do credenciamento;
- c) demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com o CONTRATANTE, em virtude de atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sexto - As multas e demais sanções, aqui previstas, serão aplicadas sem prejuízo das sanções civis ou penais cabíveis ou de processo administrativo.

Parágrafo Sétimo - No caso de atraso injustificado na execução do contrato, sujeitará o CONTRATADO à multa de mora no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor residual do contrato, por dia de descumprimento, após regular processo administrativo, cujo valor poderá ser descontado de pagamento eventualmente devido pelo CONTRATANTE, ou ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.

Parágrafo Oitavo - As multas administrativas previstas na cláusula anterior não têm caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento ao CONTRATADO por perdas e danos das infrações cometidas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS:

[Handwritten signatures and initials]



Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo CONTRATANTE, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Parágrafo Primeiro - Da decisão do Gestor do Pró-Saúde que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Parágrafo Segundo - Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro o Gestor do Pró-Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:

O PRESENTE TERMO TERÁ VIGÊNCIA A PARTIR DE SUA ASSINATURA E ENCERRAMENTO EM 31 DE DEZEMBRO DE 2022.

Parágrafo Primeiro - A parte que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar a sua intenção, por escrito, à outra parte, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS ALTERAÇÕES:

O presente contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, nas hipóteses previstas no art. 57 e 65 da Lei nº 8.666/93, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS ACRÉSCIMOS OU SUPRESSÕES:

Os acréscimos ou supressões do objeto licitado que porventura venham ocorrer, durante a vigência do presente pacto, não poderão exceder ao limite estabelecido de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA GARANTIA PARA EXECUÇÃO DO OBJETO:

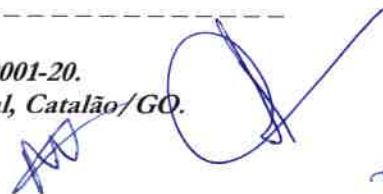

Não será exigida prestação de garantias para execução do objeto, nos termos do art. 56 da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO:

Caso o CONTRATANTE tenha que recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a CONTRATADA ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA:

O presente contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte, a não ser com prévio e expreso consentimento do CONTRATANTE, sob pena de imediata rescisão.



CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO:

Caberá ao CONTRATANTE providenciar o cadastramento deste contrato no site do TCM-GO, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, a contar da sua publicação oficial, nos termos da Instrução Normativa - IN nº 00009/2015. Caberá, ainda, ao CONTRATANTE, providenciar a publicação do extrato do presente contrato no Quadro de Avisos da Prefeitura Municipal, meio oficial de comunicação, publicidade e divulgação dos atos normativos e administrativos do Município de Catalão, conforme disposto no art. 61, § único da Lei 8.666/93, bem como no portal do Município de Catalão - GO (site internet) em atendimento a Lei nº 12.527/11.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DO FORO:

As partes elegem o Foro da Comarca de Catalão/GO, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas em sede administrativa pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde.

E, por estarem às partes justas e contratadas, firmam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 2 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DOS VALORES:

TABELAS HOSPITALARES:

| DIÁRIA HOSPITALAR | VALOR (R\$) |
|---|-------------|
| 30008 APARTAMENTO | 215,00 |
| 30009 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO UTI | 750,00 |
| DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI (30% DO VALOR DA DIÁRIA) COM JUSTIFICATIVA MÉDICA | - |
| 30010 BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO PARA RECÉM-NASCIDO NORMAL (INCLUSIVE BERÇO AQUECIDO) | 83,69 |
| 30011 BERÇÁRIO PARA RECÉM NASCIDO PATOLÓGICO (INCLUI CAPACETE DE HOOD, FOTOTERAPIA, INCUBADORA) | 167,45 |
| TAXAS DE INTERNAÇÃO E TAXAS DE SALA | |
| 30000 PORTE 0 | 140,04 |
| 30001 PORTE I | 230,00 |
| 30002 PORTE II | 295,00 |
| 30003 PORTE III | 370,00 |
| 30004 PORTE IV | 400,00 |
| 30005 PORTE V | 485,00 |
| 30006 PORTE VI | 530,00 |
| 30007 PORTE VII | 610,00 |
| 30008 BOX (TODA ESTADA EM PS)* | 18,00 |
| OBSERVAÇÕES: | |
| a) AS CIRURGIAS INFECTADAS TERÃO ACRÉSCIMO DE 100% DO VALOR TOTAL DA TAXA DE SALA CORRESPONDENTE EM SE TRATANDO DE PEQUENAS CIRURGIAS FORA DO CENTRO CIRÚRGICO, ESSE ACRÉSCIMO DEPENDE DE RELATÓRIO MÉDICO. | |
| b) AS TAXAS DE SALAS TERÃO ACRÉSCIMO DE 20% DE 19 ÀS 07:00 HORAS DO DIA SEGUINTE, DIAS ÚTEIS, SÁBADOS APÓS AS 12:00 HORAS, DOMINGOS E FERIADOS EM QUALQUER HORÁRIO DESDE QUE CARACTERIZADA A EMERGÊNCIA. | |
| c) QUANDO OCORREREM DUAS OU MAIS CIRURGIAS PELA MESMA VIA DE ACESSO OU NÃO, A TAXA DE SALA A SER COBRADA SERÁ CORRESPONDENTE À TAXA DE SALA DE MAIOR PORTE, ACRÉSCIDA DE 50% DO VALOR DA SEGUNDA CIRURGIA. *PAGO CASO SEJA COMPROVADO A NECESSIDADE DE OBSERVAÇÃO MÉDICA. | |
| 30009 DISSECAÇÃO DE VEIA (INCLUSA EM UTI) | 42,40 |
| 30010 PUNÇÃO SUB-CLÁVIA (INCLUSA EM UTI) | 42,40 |

[Handwritten signatures and initials]



| | |
|--|----------|
| 30011 CURATIVO AMBULATORIAL (INCLUSO MAT./MED. NECESSÁRIO) | 26,00 |
| 30012 NEBULIZAÇÃO AEROSOL (INCLUI MAT./MED. NECESSÁRIO, INCLUSIVE OXIGÊNIO) | 7,00 |
| 30013 ARTROSCÓPIO CIRÚRGICO (INCLUI VÍDEO) | 425,10 |
| 30014 ENDOSCÓPIO DIGESTIVO CIRÚRGICO (INCLUSO VÍDEO) | 245,70 |
| 30015 ENDOSCÓPIO DIGESTIVO DIAGNÓSTICO (INCLUSO VÍDEO) | 106,21 |
| 30016 ENDOSCÓPIO UROLÓGICO CIRURGIA (INCLUSO VÍDEO) | 425,10 |
| 30017 INTENSIFICADOR DE IMAGEM | 167,43 |
| 30018 ESTUDO URODINÂMICO | 175,50 |
| 30019 UROFLUXOMETRIA | 55,00 |
| 30020 SESSÃO DE HEMODIALISE AMBULATORIAL (TAXA) - R\$177,13 INSUMOS - R\$213,00 - OBS.: EXCLUI HONORÁRIO MÉDICO | 390,13 |
| 30021 SESSÃO DE HEMODIALISE EM UTI (TAXA) - R\$300,00 INSUMOS - R\$350,00 - OBS.: EXCLUI HONORÁRIO MÉDICO | 650,00 |
| 30022 MARCAPASSO TEMPORÁRIO POR DIA OU FRAÇÃO (SERÁ PAGO POR HORA SOMENTE PARA PACIENTE FORA DA UTI) | 118,56 |
| 30023 MICROSCÓPIO CIRÚRGICO | 200,00 |
| 30024 LASER (UROLOGIA) | 128,70 |
| 30025 RESPIRADOR A VOLUME (MAI) POR HORA (SERÁ PAGO POR HORA SOMENTE PARA PACIENTE FORA DA UTI E CC) | 10,66 |
| 30026 BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E CC) POR DIA | 14,92 |
| 30027 VÍDEO LAPAROSCÓPIO CIRÚRGICO/TAXA DE VÍDEO | 425,10 |
| 30028 VÍDEO COLONOSCÓPIO | 89,18 |
| 30029 TAXA DE RETOSSIMOIDOSCÓPIO | 80,00 |
| 30030 FACOEMULSIFICADOR | 420,00 |
| 30031 VÍDEO HISTEROSCÓPIO | 425,10 |
| 30032 MONITOR DE PRESSÃO CEREBRAL (INCLUSO NA DIÁRIA - SERÁ PAGOSAMENTE SE O PACIENTE ESTIVER FORA DA UTI) | 32,50 |
| GASOTERAPIA | |
| 30033 OXIGÊNIO P/ HORA (CATETER NASAL) | 8,00 |
| OXIGÊNIO P/HORA (MÁSCARA) | 10,00 |
| OXIGÊNIO P/HORA (VENTILAÇÃO MECÂNICA) | 20,00 |
| 30034 PROTOXIDO DE AZOTO (P/MINUTO) | 0,07 |
| 30035 GÁS CARBÔNICO (P/MINUTO) | 0,04 |
| 30036 TAXA DE ALIMENTAÇÃO P ACOMPANHANTE (CAFÉ DA MANHÃ) | 8,00 |
| TAXA DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (LANCHE) | 8,00 |
| TAXA DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (ALMOÇO) | 15,00 |
| TAXA DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (JANTAR) | 15,00 |
| 30037 HOSPITAL DIA (INTERNAÇÃO DE 12 HORAS) | 123,62 |
| 90.06.004-0 PACOTE DE FACOTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR NACIONAL - MATERIAL, MEDICAÇÃO, OPME, DIÁRIAS, TAXA DE SALA, TAXA DE MICROSCÓPIO, TAXA DE FACO, HONORÁRIOS MÉDICOS, INCLUSIVE DE ANESTESISTA | 3.000,00 |

OBS. 1: Ao adquirir um novo equipamento, o Prestador de Serviço terá que entrar em contato com a Superintendência do Pró Saúde para fazer o processo de credenciamento.

CONCEITUAÇÃO E COMPOSIÇÃO DE DIÁRIAS E TAXAS EXTRAS HOSPITALARES.






DIÁRIA HOSPITALAR - É a permanência de um paciente por período indivisível de até 24 horas em uma instituição **HOSPITALAR**. A definição de hora início/fim do período é de competência da instituição **HOSPITALAR**.

ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC n° 50/2002, da ANVISA);
- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Avaliação e orientação nutricional no momento da alta;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.);
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; seringa dosadora descartável;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo, sensor de temperatura);
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante, qualquer tipo ou modelo;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas);
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Taxa administrativa do hospital;
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara facial silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Máscara de venturi e máscara de reservatório (inclusive todos os acessórios);
- Máscara laríngea qualquer tipo ou modelo;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo para o transporte degases e fluidos;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;
- Bisturi elétrico, placa, eletrodo, caneta e prolongador qualquer modelo, incluindo gel;
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Marcador cirúrgico tipo caneta estéril qualquer tipo ou modelo (exceto azul demetileno);
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para



o medicamento), descartável ou não;

- Oxímetro qualquer tipo ou modelo inclui sensor e cabo;
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, incluindo os cabos;
- Carrinho de emergência (incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho): calsodada, circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo que inclui cabos e gel.
- Perneiras de compressão pneumáticas;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG: incluso o papel e os eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Kits-bandejas descartáveis para anestesia;
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos;
- Aparelho/equipamento para fototerapia convencional ou tipo biliberço e bilispot;
- Equipamento de proteção individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara nº 95, avental descartável, propé, tocas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32;
- Kits e materiais descartáveis para CPAP/BIPAP, como circuito, máscara, qualquer tipo ou modelo, e conexões, inclui todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não;
- Quaisquer serviços e cuidados de enfermagem;
- Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como o ato de realizar trocas de frascos para soroterapia ou para dietas enterais ou parenterais;
- Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);
- Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca passo, dentre outros;
- Banho no leito, de imersão ou de aspersão;
- Instalação e controle de monitorização cardíaca, mensuração de glicemia, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações;
- Mudanças de decúbito;
- Esterilização/desinfecção de instrumentais;
- Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enteroclistma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);
- Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado como: espátula, absorventes, óleos, hidratantes, dentífrício, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão);
- Preparo de corpo em caso de óbito, incluso todo material utilizado para o preparo, descartável ou não;
- Prescrição/anotação de enfermagem;
- Realização de curativos inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antisepsia como: álcool, povidine



tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina de qualquer tipo;

- Todas as medidas de prevenção de lesão de pele, incluindo os materiais e medicamentos utilizados, como cremes, óleos, ácidos graxos essenciais, pomadas e outros produtos para hidratação da pele; coxins; placas para preservação da integridade da pele, colchões, almofadas;
- Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidades;
- Preparo e instalação de dieta; não inclui o frasco e equipo descartável;
- Sondagens em geral;
- Tricotomia - inclui tricotomizador elétrico e a lâmina do tricotomizador, inclui aparelho descartável de barbear;
- Punção e manutenção de acesso venoso pérvio, inclui tampa oclusora qualquer tipo ou modelo.

ITENS NÃO INCLUSOS NAS DIÁRIAS:

- Curativo filme transparente. Devem-se seguir os critérios técnicos estabelecidos para a utilização desse material;
- Respirom, 1 por internação;
- Taxa de refeição do acompanhante conforme legislação vigente;
- Honorários médicos;
- SADT;
- Gasoterapia (caso não esteja negociado a inclusão desses em taxas e diárias);
- Hemocomponentes e hemoderivados;
- Eletrodos para monitorização de qualquer tipo ou modelo, exceto para eletrocardiografia;
- Dietas enterais e parenterais industrializadas administradas por SNE, SNG, SNO, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia.
- Bomba elastomérica;
- Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação, será pago 1 unidade em UTI, a cada 7 (sete) dias, com justificativa médica;
- Compressa cirúrgica estéril e descartável;
- OPME
- Materiais e medicamentos de consumo hospitalar comum, salvo aqueles já inclusos em pacotes e em diárias.
- Utilização de equipamentos, salvo aqueles já inclusos em diárias e taxas.

ITENS INCLUSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI):

1 – Todos os itens que compõem as diárias e “ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES” acrescidos de:

- Gerador de Marcapasso-provisório;
- Monitorização invasiva contínua (alguns exemplos: pressão invasiva, PVC, PAM, temperatura, PIC) inclui cabos;
- Taxa de equipamento cpap/bipap e todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não. Materiais: kits e materiais descartáveis como: circuito, máscara qualquer tipo ou modelo, conexões e gorro;

- Suporte ventilatório: inclui cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulização.

ITENS INCLUSOS DE TAXAS DE SALA CENTRO CIRÚRGICO:

Todos os itens descritos em "ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES e ITENS INCLUSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) acrescidos de:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da ANVISA);
- Mobiliários para a cirurgia (mesas, hamper, focos cirúrgicos);
- Filtro HEPA, fluxo laminar;
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Instrumentador;
- Instrumental/equipamento básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental para realização de curativos (inclui desinfecção e esterilização);
- Mesa operatória;
- Bomba de circulação extracorpórea;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório, incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador; traqueias, conexões, descartáveis ou não;
- Monitor de vídeo;
- Gerador de marca-passo (provisório);
- Os instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, frezas permanentes, brocas permanentes, serras, lâminas de serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador;
- Monitorização invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: pressão-invasiva, PVC, PAM, temperatura, pressão intracraniana), inclui cabos;
- Faixa de Smarch (Pagamento será de 1/3 do valor).

ITENS NÃO INCLUSOS NAS TAXAS HOSPITALARES:

Todos os itens descritos na relação de composição "ITENS NÃO INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES", acrescidos de:

- Materiais e medicamentos de consumo, salvo aqueles já inclusos em pacote e diárias.
- Gasoterapia (caso não esteja negociado a inclusão desses em taxas e diárias)
- Equipamentos ou aparelhos de uso eventual, não incluso acima, salvo aqueles já inclusos em diárias e taxas.
- Honorários médicos;

[Handwritten signatures and initials]

• **SADT**

Materiais de equipamentos de proteção individual (EPI's) serão obrigatoriamente oferecidos pelo prestador aos profissionais (Norma Regulamentadora n.º 6 do Ministério do Trabalho), entre eles: luvas de procedimentos, máscara, capote, propé, gorro, etc.

MATERIAIS DE INSUMOS COMUM:

Obs. 1: Os materiais de insumo comum deverão ser cobrados conforme SIMPRO com redutor de 60%.

Obs 2: Os materiais de insumo comum que não estiverem listados na tabela SIMPRO deverão ser pagos conforme Nota Fiscal apresentada acrescido de 100% da mesma.

Pacotes Hemodinâmica:

30911109 - Cateterização cardíaca E por via transeptal:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 1.725,00 |
| 1 | PIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |

30911044 - Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 1.725,00 |
| 1 | PIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |

30911079 - Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR DO PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|-----------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 1.725,00 |
| 1 | PIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |

30911087 - Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|----------------|--------------|
| | | |

| | | |
|---|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 1.725,00 |
| 1 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |

30911052 - Cateterismo cardíaco E e/ou D com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio:

| QUANTIDADE DE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|--------------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 1.725,00 |
| 1 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 3 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |

30912040 - Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso):

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.220,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30912091 - Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.220,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |

[Handwritten signatures and initials]

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30912024 - Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | RS 3.220,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INSUFLADOR | |
| 1 | CATETER BALÃO | |

30912032 - Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent:

| QUANTIDADE DE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|--------------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | RS 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |
| 1 | CATETER BALÃO | |

30911109/30912040 - Cateterismo cardíaco E por via transeptal/Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso):

(Handwritten signatures and initials)

| QUANTIDADE DE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|--------------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |
| 1 | CATETER BALÃO | |

30911044/30912040 Cateterismo cardíaco D e/ou E ou sem cinecoronariografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica/Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso):

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |
| 1 | CATETER BALÃO | |

30911079/30912040 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia/Angioplastia transluminal percutânea por balão sem implante de stent:

| QUANTIDADE DE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|--------------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |
| 1 | CATETER BALÃO | |

30911109/30912024 Cateterização cardíaca E por via transeptal/Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30911044/30912024 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica/Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |





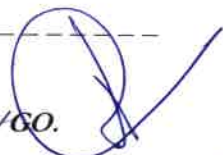

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30911079/30912024 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia/Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | RS 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30911109/30912091 Cateterização cardíaca E por via transeptal/ Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | RS 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

AO  Tmca



30911044/30912091 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica/ Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30911079/30912091 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia / Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30911109/30912032 Cateterização cardíaca E por via transeptal/Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|----------------|--------------|
| | | |

[Handwritten signatures and initials]



| | | |
|---|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30911044/30912032 Cateterismo cardíaco D e/ou E sem cinecoronariografia cineangiografia com avaliação de relatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica /Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

30911079/30912032 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia/ Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent:

| QUANTIDADE OPME | DESCRIÇÃO OPME | VALOR PACOTE |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | R\$ 3.795,00 |
| 2 | FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | |
| 1 | CATETER BALÃO | |
| 1 | AGULHA DE PUNÇÃO | |

(Handwritten signatures and initials)



| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1 | FIO GUIA TEFLONADO | |
| 1 | CONEXÃO ALTA | |
| 1 | CONEXÃO BAIXA | |
| 1 | CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | |
| 1 | INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | |
| 1 | INSUFLADOR | |

Tabela de OPME para materiais excedentes:

| MATERIAL | UNIDADE | VALOR (R\$) |
|------------------------------------|---------|-------------|
| INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F | 1 | 89,70 |
| FIO GUIA HIDROFÍLICO (0,035X260) | 1 | 230,00 |
| CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA | 1 | 126,50 |
| AGULHA DE PUNÇÃO | 1 | 103,50 |
| FIO GUIA TEFLONADO | 1 | 230,00 |
| CONEXÃO ALTA | 1 | 46,00 |
| CONEXÃO BAIXA | 1 | 46,00 |
| CATETER GUIA ANGIOPLASTIA | 1 | 345,00 |
| INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO | 1 | 575,00 |
| INSUFLADOR | 1 | 172,50 |
| CATETER BALÃO | 1 | 575,00 |

Obs. 1: Para procedimentos de Hemodinâmica/Cardiologia Intervencionista serão pagos apenas os pacotes acima;

Obs. 2: Estão inclusos nos pacotes, diárias, taxas, materiais, contrastes, medicamentos, gases medicinais, OPME, exceto stents e honorários;

Obs. 3: Para o Stent convencional fica estabelecido o valor de **R\$2.430,00 (dois mil e quatrocentos e trinta reais)** e para o Stent farmacológico o valor de **R\$4.000,00 (quatro mil reais)** e não caberá **taxa de comercialização para os mesmos**, sendo 80% pagos pelo PRO-SAÚDE e os 20% pelo segurado, direto ao prestador de serviço;

Obs. 4: Os honorários médicos, não estão inclusos nos pacotes acima e serão pagos conforme a tabela vigente;

Obs. 5: Para utilização de materiais de OPME excedentes, deverá ser apresentada a justificativa técnica, passível de glosa técnica caso não seja pertinente a utilização, onde o PRO-SAÚDE custeará 80% (oitenta por cento) do valor total e os 20% (vinte por cento) restantes o prestador receberá direto do segurado. Os valores dos mesmos serão pagos conforme Tabela de OPME acima ("Tabela de OPME para materiais excedentes). Caberá a cobrança de taxa de comercialização para os mesmos.

[Handwritten signatures and initials]



Regras e Valorizações:

1. Para pagamento de medicamentos a referência será revista Brasíndice vigente na data do atendimento (Coluna PF – Preço de fábrica acrescido de 20% de taxa de armazenamento). Todos os medicamentos serão pagos na forma genérica, exceto aqueles que não tenham essa forma no mercado. Caso a medicação não tenha referência na revista Brasíndice, será pago após a apresentação de nota fiscal acrescido de 20% de taxa de armazenamento.

2. As dietas serão pagas conforme tabela abaixo: (Valor Unitário):


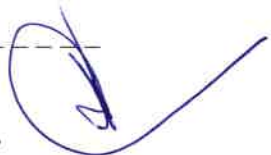

| | | |
|---|------------------------------|-------------------|
| • | NOVASOURCE HI PROTEIN 1000ML | R\$145,00; |
| • | NOVASOURCE GI CONTROL 1000ML | R\$132,00; |
| • | ISOSOURCE 1.5 CAL 1000ML | R\$98,00; |
| • | NOVASOURCE GC 1000ML | R\$116,00; |
| • | FIBERSOURCE 1000ML | R\$100,00; |
| • | FM 85 SACHE | R\$3,83; |
| • | IMPACT 1.5 SF 1000ML | R\$91,00; |
| • | ISOSOURCE SOYA FIBER 1000ML | R\$41,00; |
| • | NOVASOURCE PROLINE SF 1000ML | R\$180,00; |
| • | NOVASOURCE SENIOR SF 1000ML | R\$82,24; |
| • | OLICLIMONEL 1900KCAL 2093 ML | R\$500,00; |
| • | PEPTAMEN 400 GR (LATA) | R\$200,00 (LATA); |
| • | PEPTAMEN INTENSE 1000ML | R\$186,00; |
| • | KABIVEN 900KCAL 1026ML | R\$305,00; |
| • | NUTRICOMP 500ML | R\$45,00; |
| • | NUTREN 1.0 LATA 400G | R\$72,00 (LATA); |
| • | FRESUBIN 500ML | R\$51,00. |

*Caso haja uso de alguma dieta que não há na descrição acima, deverá ser apresentada, obrigatoriamente, a Nota Fiscal e será pago com um acréscimo de 50%(cinquenta por cento) do valor da Nota Fiscal apresentada.

3. Os exames complementares laboratoriais e ambulatoriais serão pagos conforme Tabela CBHPM 5ª edição, ano 2008, com COMUNICADO 2010 (considerar porte, CO e UCO com deflator de 20%), exceto para aqueles valores e pacotes já descritos nesse edital.

4. Os exames radiológicos, exceto tomografia e ressonância, serão pagos conforme Tabela CBHPM 5ª edição, ano 2008, com comunicado 2011 (considerar porte, CO, filme e UCO com deflator de 20%) e filme no valor de R\$21,70 m2 (vinte e um reais e setenta centavos por metro quadrado), exceto para aqueles valores e pacotes já descritos nesse edital.

5. As consultas em consultório serão pagas no valor de R\$75,90.



6. As consultas em Pronto Socorro serão pagas no valor de R\$75,90 (PS Adulto) e R\$120,00 (PS Pediátrico).
7. Honorários médicos em procedimentos serão pagos conforme CBHPM 5ª edição, ano 2008, com COMUNICADO 2011 e com redutor de 20% (considerar apenas Porte).
8. As visitas hospitalares e plantões de UTI serão pagos conforme tabela CBHPM 5ª edição, ano 2008, com COMUNICADO 2010 com redutor de 20% (considerar apenas Porte).
9. As consultas de fisioterapia terão o valor de R\$35,00 (trinta e cinco reais) e deverão ser cobradas apenas uma só vez no início do tratamento. As sessões de Fisioterapias serão pagas conforme tabela CBHPM 5ª edição ano 2008, com COMUNICADO 2010 e com deflator de 20%. (Considerar apenas Porte).
10. Os materiais de OPME (órtese, próteses e materiais especiais) serão pagos conforme negociação e valores de mercado. Deverá ser apresentado, por parte do Hospital/Prestador, no mínimo dois orçamentos em papel timbrado do fornecedor. Não será aceito o envio de orçamento em papel timbrado do Hospital/Prestador. Os orçamentos serão apresentados ao Pro Saúde de forma prévia ao procedimento. Fica o Pro Saúde, livre para negociar valores com os fornecedores apresentados. Após a negociação, será enviado um parecer para o Hospital/Prestador, em papel timbrado do Pro Saúde, descrevendo as quantidades e valores autorizados, bem como as observações e justificativas que se façam necessárias. Será pago taxa de 15% de comercialização sobre o valor da Nota Fiscal apresentada.
11. Serão respeitadas as diretrizes e regras para da tabela CBHMP 5ª edição, ano 2008, com COMUNICADO 2010 para pagamento de honorários médicos, exceto para pacotes já descritos nesse edital.
12. Sessões de psicologia deverão ser cobradas no valor de R\$35,00(trinta e cinco reais).
13. Consulta com nutricionista deverá ser cobrada no valor de R\$35,00(trinta e cinco reais).
14. Consulta com médico psiquiatra será pago no valor de R\$110,00(cento e dez reais).
15. Sessões de fonoaudiologia deverão ser cobradas no valor de R\$35,00(trinta e cinco reais).

| VALORES DE EXAMES RADIOLÓGICOS (RESSONÂNCIA) | | | | |
|--|---|-------------|----------------|-----------------|
| TABELA PRO-SAÚDE | | | | |
| CÓDIGO CBHPM | | VALOR TOTAL | PACIENTE (20%) | PRO SAÚDE (80%) |
| 4110104 | RM DE CRÂNIO (ENCÉFALO) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 4110107 | PERFUSÃO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | R\$ 230,00 | R\$ 46,00 | R\$ 184,00 |
| 41101065 | ESPECTROSCÓPIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | R\$ 230,00 | R\$ 46,00 | R\$ 184,00 |
| 4110103 | RM DE ATM (ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |



| | | | | |
|------------|---|--------------|------------|--------------|
| 41101111 | RM DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUÊIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101120 | RM DE TÓRAX (MEDIÁSTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101162 | RM DE MAMA (BILATERAL) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101170 | RM DE ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101189 | RM DE PELVE/BACIA (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101227 | RM DE COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101235 | FLUXO LIQUÓRICO (COMO COMPLEMENTAR) | R\$ 183,59 | R\$ 36,72 | R\$ 146,87 |
| 41101243 | RM PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL (NÃO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101294 | RM DA PERNA (UNILATERAL) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101308 | RM DE PÉ (ANTEPÉ) - NÃO INCLUI TORNOZELO | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101316 | RM ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO: COXO FEMURAL - BILATERAL, OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU JOELHO - UNILATERAL) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 41101324 | ANGIO-RM POR SEGMENTO (CRÂNIO OU PESCOÇO OU TÓRAX OU ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA | R\$ 690,00 | R\$ 138,00 | R\$ 552,00 |
| 41101332 | ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA | R\$ 1.265,00 | R\$ 253,00 | R\$ 1.012,00 |
| 41101340 | ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL | R\$ 1.265,00 | R\$ 253,00 | R\$ 1.012,00 |
| 41101359 | HIDRO-RM (COLÂNGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM) | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 30020049 * | ANGIO-RM DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS | R\$ 1.265,00 | R\$ 253,00 | R\$ 1.012,00 |
| 36010308 * | ANGIO-RM VASOS CEREBRAIS | R\$ 862,50 | R\$ 172,50 | R\$ 690,00 |
| 36020014 * | ANGIO-RM (DE MEMBROS INFERIORES) UNILATERAL | R\$ 632,50 | R\$ 126,50 | R\$ 506,00 |
| 36020057 * | ANGIO-RM DE ARTÉRIAS RENAIAS | R\$ 1.265,00 | R\$ 253,00 | R\$ 1.012,00 |

OBS. 2- CASO NECESSÁRIO, O USO JUSTIFICADO COM RELATÓRIO MÉDICO DO PRIMOVIST, O VALOR DO CONTRASTE SERÁ COMPLEMENTADO EM R\$200,79

| | |
|--|------------|
| VALOR DE SEDAÇÃO (INCLUSO MAT/MED E TAXAS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DO EXAMES) | |
| RESSONÂNCIA NO GERAL | R\$ 550,00 |

| TABELA DE ENDODONTIA - PRO-SAÚDE: | |
|--|----------------|
| PROCEDIMENTO | VALOR EM REAIS |
| 2010 - TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE INCISIVO/CANINO | R\$200,00 |
| 2020 - TRATAMENTO ENDODÔNTICO PRÉ-MOLAR | R\$210,00 |
| 2030 - TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR | R\$320,00 |
| 2040 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE INCISIVO/CANINO | R\$220,00 |





| | |
|---|-----------|
| 2050 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE PRÉ-MOLAR | R\$277,00 |
| 2060 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR | R\$408,00 |
| 2090 - REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR (POR ELEMENTO) | R\$138,00 |
| 2100 - TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO | R\$140,00 |
| 2110 - PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR | R\$42,00 |
| 2120 - URGÊNCIA ENDODÔNTICA-PULPECTOMIA (INDEPENDENTE DA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO) | R\$65,00 |

TABELA PRO-SAÚDE - VALORES DE EXAMES RADIOLÓGICOS (TOMOGRAFIA)

| CODIGO CBHPM | TOMOGRÁFIAS | VALOR TOTAL | PACIENTE (20%) | PRO SAÚDE (80 %) |
|-----------------|---|-------------|----------------|------------------|
| 41001010 | TC CRÂNIO OU ÓRBITAS OU SELA TÚRCICA | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001028 | TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001036 | TC DE FACE OU SEIOS DA FACE | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001044 | ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001060 | TC PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE-FARINGE) | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001079 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001095 | TC ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNEO) | R\$ 486,29 | R\$ 97,26 | R\$ 389,03 |
| 41001109 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001117 | TC DE PELVE OU BACIA | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001125 | TC COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR ATÉ 3 SEGMENTOS (-) | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001141 | TC DAS ARTICULAÇÕES (EXTERNAS-CLAVICULAR) | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001150 | TC SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA OU PÉ) | R\$ 243,14 | R\$ 48,63 | R\$ 194,51 |
| 41001168 | ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) ARTERIAL OU VENOSA | R\$ 575,00 | R\$ 115,00 | R\$ 460,00 |
| 41001176 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA | R\$ 575,00 | R\$ 115,00 | R\$ 460,00 |
| 41001184 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL | R\$ 575,00 | R\$ 115,00 | R\$ 460,00 |
| 41002016 | TOMOMIELOGRAFIA ATÉ 3 SEGMENTOS (ACRESCENTAR A TC DA COLUNA E INCLUIR A PUNÇÃO) | R\$ 57,50 | R\$ 11,50 | R\$ 46,00 |

OBS. 1: NOS EXAMES ACIMA JÁ ESTÃO INCLUSO FILME, CUSTO OPERACIONAL E HONORÁRIOS, NÃO ESTÃO INCLUSOS CONTRASTES CASO HAJA UTILIZAÇÃO (VER TABELA ABAIXO).

OBS. 2: CASO NECESSITE DE CONTRASTE, O PRESTADOR DEVERÁ ANEXAR O VALOR DO MESMO NA GUIA AUTORIZADA.

VALORES CONTRASTES (INCLUSO MAT/MED NECESSÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME)

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX | R\$ 50,00 |
|-------------------------------------|-----------|

[Handwritten signatures and initials]

1000

1000



| | |
|--|------------|
| TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA ABDÔMEN TOTAL | R\$ 50,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA | R\$ 100,00 |
| DEMAIS TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS | R\$ 38,57 |

Catalão, 01 de junho de 2022.

PROGRAMA DE SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CATALÃO – PRÓ-SAÚDE.

CNPJ nº 97.544.821/0001-20.

Karla Rosane Santos Rabelo.

Portaria Municipal nº 04 de 01 de janeiro de 2021.

P.P.
Thayanne Magalhães Costa
Thayanne Magalhães Costa
Assessoria da Diretoria
Hospital Nasr Faiad
CNPJ: 01.321.256/0001-63

P.P.
Marcelo Vinicius de Aleluia
Assessoria da Diretoria
Hospital Nasr Faiad
CNPJ nº 01.321.256/0001-63
HOSPITAL NASR FAIAD LTDA.
CNPJ nº 01.321.256/0001-63.
Jamil Sebba Calife.
CPF nº 922.193.221-49.

Leonardo Rodrigues Barbosa
Anestesiologista
CRM-GO: 11.545
CRM-DF: 14.669

Testemunhas:

Nome:

CPF: 020 151 645 55.

Nome:

CPF: Adma Arius do Cost

1942

1943

