



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 02/2019
CREDENCIAMENTO

Regido pela Lei nº 8.666/93.

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, PRONTO ATENDIMENTO E PRONTO SOCORRO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS AOS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS NOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS DO IMASF.

RECEBIMENTO DE PROPOSTAS DE CREDENCIAMENTO	
PERÍODO: a partir do dia 10 de julho de 2019.	
HORÁRIO: das 8h30min às 11h30min e das 14h às 17h – de segunda a sexta-feira, em dias úteis.	
Local: Seção de Licitações e Materiais	Rua Dom Luiz, 201, Bairro Nova Petrópolis, São Bernardo do Campo – SP - Tels: (11) 3737-7000 – Ramais 2057 e 2080 - sítio internet: http://www.imasf.com.br/

Para adquirir este edital, o interessado pode realizar download no site: <http://www.imasf.com.br/credenciamento.php>, ou deverá dirigir-se a Seção de Licitações e Materiais-IMA.013, para solicitar cópia do mesmo, munido de CD gravável/PEN DRIVE de boa qualidade



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

P R E Â M B U L O

O INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO - IMASF, neste ato representado por sua Diretora Superintendente, senhora ANA LUÍSA DE OLIVEIRA PONTES, portadora do R.G. nº 28.333.493 e do CPF/MF nº 296.146.318-13, com fundamento no art. 25, *caput*, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e, ainda, em quanto estabelece o presente Edital de Chamamento nº 02/2019 e seus Anexos, constantes do Processo Administrativo nº 321/2019, torna público a abertura do credenciamento, no âmbito da Cidade de São Bernardo do Campo, Região Metropolitana de São Paulo e Grande São Paulo, para prestação de serviços médicos-hospitalares, pronto atendimento e pronto socorro de urgências e emergências aos beneficiários inscritos nos planos de saúde individuais do IMASF.

O presente procedimento é autorizado através do Processo Administrativo nº 321/2019, e será regido pela Lei nº 8.666/93 e demais condições constantes neste Edital.

As propostas de credenciamento dos interessados serão recebidas, para análise, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, no horário das 8h30min às 11h30min e, das 14h às 17h, junto a Seção de Licitações e Materiais, localizada a Rua Dom Luiz nº 201, Bairro Nova Petrópolis, São Bernardo do Campo – SP.

1. DO OBJETO E CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:

1.1. O presente edital visa ao credenciamento, na área circunscrita na pela Cidade de São Bernardo do Campo, Região Metropolitana de São Paulo e Grande São Paulo, para prestação de serviços médico-hospitalares, pronto atendimento e pronto socorro de urgências e emergências aos beneficiários inscritos nos planos de saúde individuais do IMASF, sem o caráter de exclusividade, discriminados e tabelados conforme ANEXO I à ANEXO X, deste Edital.

1.2. Os documentos necessários para Credenciamento deverão estar contidos em 01 (um) envelope fechado, mencionando exteriormente o nome da participante, o número deste Edital de Chamamento e seu objeto, o qual será designado como “Proposta Comercial de Credenciamento e Documentos de Habilitação”.

1.3. A Razão ou Denominação Social da empresa constante no envelope, ou de quaisquer outros documentos, deverá ser a mesma constante do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (C.N.P.J.), vedada a utilização de nome "fantasia" ou nome incompleto.

1.4. Deverão constar entre os documentos apresentados, endereço completo atualizado da licitante, contendo, inclusive, telefone, fax e e-mail para contato.

1.5. Os documentos e a proposta deverão ser apresentados em uma única via, sendo que a proposta comercial de credenciamento deverá ser impressa por meios mecânicos ou eletrônicos, sem rasuras.

1.6. Caso seja apresentada cópia da documentação, a mesma deverá estar legível e devidamente autenticada por Cartório ou por Servidor da Administração quando da abertura, sendo que a veracidade da cópia será de inteira responsabilidade do futuro interessado no credenciamento.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

1.6.1. Toda a documentação, original e/ou cópia, deverão estar dentro do prazo de validade nela assinalada, bem como estar contida no envelope de “Proposta Comercial de Credenciamento e Documentos de Habilitação”.

1.7. É vedada a participação de:

1.7.1. Empresas que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei Federal nº 8.666/93, ou ainda, impedidas e suspensas de licitar e/ou contratar nos termos do inciso III do artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações e da Súmula nº 51 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

1.7.2. Empresas impedidas de licitar e contratar nos termos do artigo 10 da Lei Federal nº 9.605/98, ou ainda, declaradas inidôneas pelo Poder Público e não reabilitadas.

1.7.3. Empresas declaradas inidôneas pelo Poder Público e não reabilitadas.

1.7.4. Pessoas Físicas.

1.7.5. Quaisquer interessados que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei Federal nº 8.666/93.

1.7.6. Empresas não legalmente estabelecidas e sem especialização no ramo.

2. DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO:

2.1. Para se habilitar ao credenciamento o interessado deverá apresentar Carta-Proposta conforme modelo do **Anexo VIII**, e de acordo com os serviços que pretende oferecer, observado os valores estipulados nas Tabelas dos demais Anexos, acompanhada dos documentos necessários atendendo às seguintes exigências:

2.1.1. Ficha cadastral, conforme modelo do **Anexo IX** do Credenciado, devidamente preenchida, datilografada ou digitada e impressa em papel timbrado da empresa, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ambiguidades;

2.1.2. Indicação do Banco, sendo de preferência o Banco Santander, número da Agência e conta corrente para crédito dos pagamentos;

2.1.3. Datada e assinada pelo representante legal da interessada, conforme consta do contrato social.

2.1.4. O requerimento apresentado de forma incompleta, rasurado ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerado inepto, podendo o interessado apresentar novo requerimento, livre das causas que ensejaram sua inépcia.

2.1.5. A apresentação da proposta, seja ela, do todo ou em parte do Objeto, sujeita a proponente integralmente às condições deste credenciamento.



3. DA HABILITAÇÃO

3.1. Habilitação Jurídica, comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, todos devidamente registrados, em se tratando de sociedades empresariais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhados de documentos de eleição de seus administradores;
- b) Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova da Diretoria em exercício, devidamente registrado no órgão competente;
- c) Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País;

3.2. Comprovação da Regularidade Fiscal mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- b) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa de Tributos Municipais Mobiliários, expedida no local do domicílio ou sede do interessado;
- c) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa de Tributos Estaduais, expedida no local de domicílio ou sede da licitante. Caso o ente federado não forneça a Certidão unificada, deverão ser apresentadas as Certidões específicas para débitos inscritos e não inscritos em Dívida Ativa. No caso de empresa prestadora de serviços, apresentar a Certidão Negativa de Inscrição no Cadastro de Contribuintes da Secretaria da Fazenda do Estado;
- d) Certidão Conjunta Negativa ou Positiva com efeito de Negativa de Débitos relativos aos tributos Federais e a Dívida Ativa da União, expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN);
- e) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida pela Justiça do Trabalho;
- f) Certificado de Regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), expedido pela Caixa Econômica Federal.

3.3. Qualificação quanto à habilitação econômico-financeira, a ser comprovada mediante a apresentação do seguinte documento:

- a) Certidão Negativa de Pedido de Falência ou Concordata, expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica interessada.

3.4. Qualificação Técnica, a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Pessoa Jurídica, emitido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM-



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SP), em nome da proponente;

- b) “Curriculum Vitae” e Certidão de Registro no Conselho Regional de Medicina do profissional responsável técnico da proponente;
- c) Relação do Corpo Clínico dos profissionais de saúde e especialidades, indicando os números dos registros nos respectivos Conselhos e número do CPF/MF;
- d) Licença de funcionamento e/ou revalidação anual do mesmo, expedida pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal, dentro do seu prazo de validade, ou a equivalente publicação na Imprensa Oficial.
- e) Autorização de funcionamento e/ou revalidação anual do mesmo, expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou a equivalente publicação na Imprensa Oficial.
- f) Comprovação de Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

3.4.1 - Declaração expressa da participante: que caso seja declarada credenciada:

- a) Que caso seja declarada credenciada comprovará quando ou em época de solicitação pelo IMASF, o vínculo do(s) profissional(is) indicado(s) conforme letra “b” do item 3.4 deste Instrumento, dentro do prazo de 02 (dois) dias úteis, contados do dia imediatamente da solicitação pelo IMASF, mediante a apresentação do contrato social, registro na carteira profissional, ficha de empregado, contrato de trabalho, ou ainda, através de prova documental em sendo profissional autônomo que se responsabilize tecnicamente pela execução dos serviços.
- b) Que de acordo com as especificações fornecidas pelo IMASF há perfeitas condições para a execução completa dos serviços;
- c) Que nenhum de seus Sócios ou Responsáveis Técnicos, são servidores ou dirigentes do IMASF, sob qualquer regime de contratação.
- d) Que em nenhuma hipótese, por confidencialidade, irá fazer uso indevido ou divulgar a terceiros as informações pessoais de quaisquer Beneficiários do IMASF.
- e) Que cumpre o disposto no inciso XXXIII, do art. 7º, da Constituição Federal (trabalho de menores de idade, observada a Lei nº 9.854/99);
- f) Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo da habilitação, e que não está cumprindo penalidade de inidoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

3.5 - Caso seja apresentada cópia da documentação, a mesma deverá estar legível e devidamente autenticada por Cartório ou por Servidor da Administração quando da abertura do envelope, sendo que a veracidade da cópia será de inteira responsabilidade do futuro interessado no credenciamento.

3.5.1 – Toda a documentação, original e/ou cópia, deverão estar dentro do prazo de validade nela assinalada, bem como estar contida no envelope de Proposta.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

3.5.2 - A validade dos documentos obtidos via internet, quando não mencionado no documento, será de 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua expedição.

4. DO JULGAMENTO

4.1 – Somente serão devidamente Credenciadas, as empresas que cumprirem todas as exigências contidas neste Instrumento Convocatório, e apresentação de todos os documentos que tratam os itens 2 à 3.5.2 deste Edital.

4.2 – Posteriormente à apresentação pelas interessadas do Envelope de “Proposta Comercial para Credenciamento e Documentos de Habilitação”, o todo passará à análise da Comissão de Credenciamento do IMASF, estruturada pela Resolução IMASF nº 730/2017, e constituída pela Portaria nº IMA GS nº 09/2017, devidamente assessorada por corpo técnico, caso julgue necessário.

4.3 – Após analisadas as propostas e demais elementos, a Comissão de Credenciamento do IMASF, lavrará o competente Termo de Julgamento nos termos regimentais, e posterior encaminhamento do processo à autoridade competente para a Homologação, comprometendo-se o IMASF a dar publicidade em meios legais para a eficácia do ato, em conformidade com o “caput” do artigo 26 da Lei federal nº 8.666/93 com suas alterações.

4.4 – A proposta e/ou documentos apresentados de forma incompleta, rasurados, fora de validade, ou em desacordo com o estabelecido neste Edital, levará o credenciando interessado a ser considerado inepto, podendo o mesmo, reapresentar nova proposta e/ou documentos a qualquer tempo, escoimados das causas que ensejaram sua inépcia.

4.5 - À Comissão de Credenciamento do IMASF fica reservado o direito de efetuar diligências para verificar a autenticidade e veracidade dos documentos e informações apresentadas nas propostas, bem como esclarecer ou complementar a instrução do processo.

5. DO DESCREDENCIAMENTO/ RESCISÃO:

5.1 - O presente credenciamento não tem caráter de exclusividade para quaisquer das partes envolvidas, e, por isso, a qualquer tempo o IMASF poderá denunciar o presente CREDENCIADO, caso seja constatada qualquer irregularidade ou inobservância no cumprimento das normas fixadas TERMO DE CONTRATO a que se subordina ou na legislação pertinente, em especial o artigo 78, da Lei nº 8.666/93, naquilo que couber, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa, ou, ainda, pelo CREDENCIADO, no seu próprio interesse.

5.2- O CREDENCIADO que desejar solicitar o descredenciamento deverá fazê-lo mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devidamente protocolizado junto ao IMASF, afim que seja dada ampla divulgação.

5.3 – Conforme estabelecido no item 16.1 deste Instrumento, a vigência do Termo de Contrato para Credenciamento será de 05 (cinco) anos, podendo o IMASF unilateralmente rescindir o Termo a qualquer tempo, caso se verifique e comprove-se durante os períodos de execução dos serviços que os valores praticados no mercado encontram-se abaixo daqueles estimados neste Instrumento.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

16.1. Os Termos de Contrato para Credenciamento, devidamente formalizados após homologação, terão vigência de 05 (cinco) anos consecutivos, a partir de sua publicação, perdurando os seus efeitos durante este período enquanto houver interesse da Administração (IMASF).

6. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

6.1. A despesa decorrente da prestação de serviços objeto deste Edital correrá à conta da dotação orçamentária nº 29.292.3.3.90.39.00.10.302.0036.2051.04 consignada ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo – IMASF.

7. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO:

7.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou, ainda, a impugnação deste Edital de Credenciamento.

7.2. Caberá à **Comissão de Licitação, ad referendum** do Superintendente do IMASF, avaliar e decidir o pedido, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, da data de protocolização do requerimento junto ao Protocolo Geral da Administração.

7.3. Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação/ratificação desse procedimento.

8. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

8.1. O credenciado prestará todos os serviços especializados atinentes ao atendimento e assistência à saúde dos Beneficiários dos Planos individuais do IMASF, **de acordo com sua proposta em âmbito de suas especialidades**, em conformidade com o estabelecido neste Edital e em seus Anexos que fará(ão) parte integrante ao Termo de Contrato.

8.2. Consideram-se beneficiários as pessoas qualificadas pelo IMASF, devidamente identificadas por meio de documento (Carteira) expedido pelo IMASF, classificadas como: Titular, Dependentes ou Assistidos.

8.3. O oferecimento, bem como, a inclusão e/ou exclusão de serviços novos, ao longo da vigência do Termo de Contrato, não previsto inicialmente pelo Credenciado, ficará condicionado à prévia e expressa autorização do IMASF.

9. DO RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS:

9.1 - No recebimento dos materiais e/ou serviços serão observados os preceitos pertinentes da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1.993.

9.2. A documentação probatória da prestação dos serviços será recebida pela Seção Médica do IMASF, até o 5º (quinto) dia útil subsequente ao mês de prestação dos serviços, que através do



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Setor de Revisão de Contas, procederá à análise e conferência de acordo com as tabelas e condições estabelecidas no contrato, sendo eventuais discrepâncias apresentadas ao credenciado.

9.3. O credenciado poderá apresentar contas parciais, indicando o período a que se refere e observado o período de entrega da documentação probatória dos atendimentos.

9.4. Os atendimentos ambulatoriais, de urgência/emergência e de internação hospitalar serão registrados em documento próprio do credenciado, que contenha obrigatoriamente os dados de identificação do paciente, com o número da carteira de identificação do beneficiário fornecida pelo IMASF, data e horário do atendimento, carimbo e CRM do médico assistente e assinatura do usuário e ou de seu responsável.

9.5. A contestação parcial da prestação dos serviços, devidamente ressalvada em forma de glosa, não impede o recebimento e o pagamento dos demais serviços devidamente executados, sem prejuízo do credenciado, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da notificação, recorrer da decisão.

9.6. Não serão aceitas para processamento contas de serviços / atendimentos, realizados a mais de 90 (noventa) dias, à exceção daqueles cuja causa tenha sido provocada pelo IMASF.

10. DO PAGAMENTO:

10.1. O IMASF efetuará o pagamento ao credenciado pelos serviços prestados, observadas as tabelas vigentes, no 5º (quinto) dia útil do mês subsequente da apresentação da documentação probatória dos serviços.

10.2. Os pagamentos serão efetuados desde que mantidas as mesmas condições iniciais de habilitação, e cumpridos os seguintes requisitos:

a) apresentação de nota fiscal/fatura, acompanhada da Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa da Previdência Social e do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;

b) inexistência de fato impeditivo para o qual tenha concorrido o credenciado.

10.3. Nenhum pagamento será efetuado ao credenciado enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação. Esse fato não será gerador de direito a reajustamento de preços ou de atualização monetária.

10.4. Ocorrendo atraso no pagamento, e desde que para tal não tenha o credenciado, de alguma forma, concorrido, os valores serão acrescidos de juros de 1% “pro rata die” até a data efetiva de sua realização.

10.5. O recebimento não exclui as responsabilidades civil e penal do credenciado.

11. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO:

11.1. Assinar o acordo decorrente do credenciamento – “Termo de Contrato” – conforme modelo apresentado no **Anexo X** no prazo de três dias úteis, a contar da notificação, cujo extrato deverá ser



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

publicado.

- 11.2.** Executar os serviços nas condições estipuladas neste Edital, bem como, no respectivo Termo de Contrato.
- 11.3.** Manter todas as condições de habilitação e qualificação técnica, exigidas para o credenciamento, durante todo o período que se mantiver credenciado.
- 11.4.** Responsabilizar-se por todos os serviços executados, ainda que realizados por terceiros.
- 11.5.** Manter sigilo, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, sobre qualquer assunto de interesse do IMASF ou de terceiros de que tomar conhecimento em razão da execução dos serviços.
- 11.6.** Prestar, no prazo estipulado, todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo IMASF.
- 11.7.** Não cobrar dos beneficiários qualquer valor adicional referentes aos serviços prestados em razão do credenciamento firmado com esta Autarquia.

12. DAS OBRIGAÇÕES DO IMASF:

- 12.1.** Subsidiar, através da seu Departamento de Assistência à Saúde, as ações exigidas dos credenciados, fornecendo diretrizes, bases legais, modelos e/ou formulários, bem como, todos os instrumentos necessários ao desenvolvimento das ações.
- 12.2.** Promover reuniões de orientação visando o incremento da qualidade das ações e à resolução de pendências e/ou eventuais conflitos na relação com os credenciados.
- 12.3.** Fiscalizar e auditar as ações e os serviços prestados pelo credenciado.
- 12.4.** Efetuar os pagamentos nos prazos e condições estabelecidos no Termo de Contrato.

13. DAS SANÇÕES:

- 13.1.** Pela execução insatisfatória dos serviços, tais como cobranças de procedimentos não realizados ou indevidos, omissão e outras faltas, bem como, pelo descumprimento de qualquer das condições constantes nas Instruções Gerais do IMASF, sujeitar-se-á o credenciado às seguintes penalidades:
- a) advertência;
 - b) multa de 0,3% (três décimos por cento) ao dia sobre o valor estimado da contratação, no caso de atraso na execução do objeto, limitado a 30 (trinta) dias;
 - c) multa de 0,3% (três décimos por cento) sobre o valor médio dos últimos três meses, no caso de recusa de atendimento ao beneficiário, por recusa;
 - d) multa de 0,3% (três décimos por cento) sobre o valor médio dos últimos três meses, somada ao valor cobrado indevidamente do beneficiário, em caso de descumprimento do item 10.7, por cobrança indevida;
 - e) multa de 10% (dez por cento) sobre o valor estimado da contratação, no caso de inexecução



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

da obrigação assumida; tal como no caso de recusa injustificada de atendimento do beneficiário ou suspensão do credenciamento sem o devido aviso prévio;

- f) suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com o IMASF, pelo prazo de até 2 (dois) anos;
- g) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

13.2. O valor da multa, aplicada após o regular processo administrativo, poderá ser descontado de pagamentos eventualmente devidos pelo IMASF ao credenciado adjudicatário, ou cobrado judicialmente.

13.3. As sanções previstas nas alíneas “a”, “d” e “e” do subitem “13.1” podem ser aplicadas cumulativamente ou não à pena de multa.

13.4. As penalidades previstas nas alíneas “d” e “e” do mesmo subitem “13.1” também poderão ser aplicadas ao credenciado, conforme o caso, que tenha sofrido condenação definitiva por fraudar recolhimento de tributos, praticar ato ilícito visando frustrar os objetivos deste Edital ou demonstrar não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública.

14. DA HOMOLOGAÇÃO:

14.1. Observado o capítulo 4.0 – DO JULGAMENTO, deste Edital, cada credenciamento será homologado após instrução em processo próprio, comprometendo-se o IMASF a dar publicidade em meios legais para a eficácia do ato, em conformidade com o “caput” do artigo 26 da Lei federal nº 8.666/93 com suas alterações.

14.1.1. O extrato do Termo de Contrato devidamente firmado será publicado no jornal “Notícias do Município” – veículo de comunicação oficial do Município de São Bernardo do Campo.

15. DOS RECURSOS:

15.1 – Em que pese o interessado poder apresentar a qualquer tempo proposta e/ou documento que ensejaram sua em sua inépcia, para efeito de contraditório e ampla defesa, será concedido o prazo de 03 (três) dias úteis, após a publicidade do julgamento pela Comissão de Credenciamento, para interposição de recursos.

15.1.1 – Em caso de interposição de recursos, ao final do prazo estabelecido no item 15.1, também será concedido o prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação de contrarrazões por possíveis interessados.

15.1.2 – Durante o prazo para apresentação do recurso estará franqueada “vista” ao Processo Administrativo que cuida do Credenciamento, junto ao Comissão de Credenciamento, no mesmo endereço mencionado no preâmbulo deste Instrumento.

16. DA VIGÊNCIA DOS TERMOS DE CONTRATO:

16.1. Os Termos de Contrato para Credenciamento, devidamente formalizados após homologação, terão vigência de 05 (cinco) anos consecutivos, a partir de sua publicação, perdurando os seus



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

efeitos durante este período enquanto houver interesse da Administração (IMASF).

17. DO REAJUSTE:

17.1 Poderá ocorrer reajustes de preços pactuados, anualmente, pela aplicação do IGPM publicado pela Fundação Getúlio Vargas, ou outro que venha a substituí-lo, através de livre negociação entre as partes, e que deverão ser oficializados mediante Aditivo Contratual.

18. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

18.1. Nenhuma indenização será devida aos proponentes pela elaboração de proposta ou apresentação de documentos relativos a este credenciamento.

18.2. Sem prejuízo das disposições contidas no Capítulo III da Lei nº 8.666/93, o presente Edital e a proposta do credenciado serão partes integrantes do contrato.

18.3. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei nº 8.666/93, nos princípios de direito público e, subsidiariamente, com base nas demais leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

18.4. A Seção Médica do IMASF será responsável pelo acompanhamento e fiscalização dos termos de contrato celebrados, procedendo ao registro de eventuais ocorrências e adotando as providências necessárias ao seu fiel cumprimento.

18.5. A minuta do ajuste – Termo de Contrato – constante deste Edital será ajustada/adequada às particularidades de cada credenciado, posto os mesmo poderem oferecer o todo ou em parte dos serviços constantes nos Anexos que fazem parte deste Edital, evidenciando assim o(s) tipo(s) de cobertura dos serviços.

18.6. Consultas referentes ao presente Edital poderão ser formuladas ao IMASF, pelo endereço eletrônico: compras1@imasf.com.br.

18.7. Constituem partes integrantes deste Edital:

- a) **ANEXO I:** trata das Especialidades Atendimento;
- b) **ANEXO II:** trata dos Planos e Acomodações;
- c) **ANEXO III:** trata das Condições Comerciais;
- d) **ANEXO IV:** trata dos Pacotes de Diárias, Taxas e seus conceitos;
- e) **ANEXO V:** trata dos Pacotes de Procedimentos Clínicos e seus conceitos;
- f) **ANEXO VI:** trata dos Pacotes de Procedimentos Cirúrgicos e seus conceitos;
- g) **ANEXO VII:** trata dos Pacotes de Hemodinâmica e seus conceitos;



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

- h) **ANEXO VIII**: trata da Modelo de Proposta;
- i) **ANEXO IX**: trata da Ficha Cadastral;
- j) **ANEXO X**: trata dos Termo de Contrato.

São Bernardo do Campo, em 05 de julho de 2.019


VAGNER AMATO DE ALMEIDA
Chefe da Seção de Licitações e Materiais


SANDRA L.G. DE ASSIS
Diretora Assistencial



ANEXO I
ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

1. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (Pronto Socorro ou Pronto Atendimento)

- a. Adulto
- b. Infantil
- c. Ortopédico (Adulto e Infantil)

2. HOSPITALAR

- a. Internações CLÍNICAS
- b. Internações CIRURGICAS

3. AMBULATORIAL (Consultas)

- a. Especialidades CLÍNICAS
- b. Especialidades CIRURGICAS

4. EXAMES

- a. Laboratoriais inclusive Anatomia Patológica
- b. Imagem
- c. Hemoterapia
- d. Hemodiálise
- e. Diagnóstico





IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO II
PLANOS E ACOMODAÇÕES

PLANO	ACOMODAÇÃO	OBSERVAÇÕES
ESPECIAL	APARTAMENTO	Seguem as condições constantes neste Termo de Credenciamento
INTERMEDIÁRIO	ENFERMARIA	SOMENTE com encaminhamento do CRENCIANTE



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO III
CONDIÇÕES COMERCIAIS

Referências	Bases de Preços
Tabela de Serviços Médicos	AMB Edição 1992 e incorporações em edições seguintes
Consulta_ AMBULATÓRIO	R\$ 39,00
PACOTE_PRONTO SOCORRO _ADULTO	R\$ 240,00 (Anexo VII)
PACOTE_PRONTO SOCORRO _INFANTIL	
PACOTE_PRONTO SOCORRO _ORTOPÉDICO (Adulto/Infantil)	
CH_Coeficiente de Honorários_ HM	R\$ 0,33
CH_Coeficiente de Honorários_ SADT	R\$ 0,28
CH_Coeficiente de Honorários_ HEMOTERAPIA	R\$ 0,42 (1,5 x valor do SADT)
FILME RADIOLÓGICO	R\$ 21,70 p/ m ²
DIÁRIAS e TAXAS	PACOTES (Anexo IV)
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	PACOTES (Anexo V)
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	PACOTES (Anexo VI)
PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA	PACOTES (Anexo VII)
MEDICAMENTOS_DE USO RESTRITO HOSPITALAR	Tabela BRASINDICE _Preço Fábrica acrescido de 20%
MEDICAMENTOS_DE USO COMUM	Tabela BRASINDICE _Preço Fábrica acrescido de 20%
MEDICAMENTOS_QUIMIOTERÁPICOS	Tabela BRASINDICE _Preço Fábrica
MATERIAIS_CONSUMO	Tabela SIMPRO com deflator de 20%
OPME _compra via IMASF	10% à título de Taxa de Manuseio (Exceção aos serviços em forma de Pacote)
OPME _compra via HOSPITAL	10% à título de Taxa de Manuseio (Exceção aos serviços em forma de Pacote)

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS _ NÃO CONSTANTES nos Anexos	Cobrança deve se basear no Pacote da DIÁRIA + Bases de Remuneração constante no Anexo III
Dos CONCEITOS _ PACOTES DE PRONTO SOCORRO (Adulto, Infantil)	
<i>INCLUSO</i>	<i>EXCLUSO</i>
Conceito: TUDO incluso a. HM b. Taxas de Salas c. Taxas de Equipamentos d. SADT e. Materiais f. Medicamentos g. Serviços de Enfermagem	a. Intercorrências b. Trombolíticos c. Sangue e Hemoderivados d. Hemodiálise



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO IV

PACOTES DE DIÁRIAS, TAXAS e seus CONCEITOS

Tipos de PACOTES de DIÁRIAS		
	CLINICA	CIRÚRGICA
PACOTE_APARTAMENTO	R\$ 1.280,00	R\$ 1.280,00
PACOTE_ENFERMARIA	R\$ 1.120,00	R\$ 1.120,00
PACOTE_UTI ADULTO		R\$ 3.600,00
PACOTE_UTI INFANTIL		R\$ 3.600,00
PACOTE_UTI NEONATAL		R\$ 3.600,00
E seus CONCEITOS		
INCLUSO	EXCLUSO	
Conceito: TUDO incluso a. Diária b. HM c. Taxas de Salas d. Taxas de Equipamentos e. SADT f. Alimentação g. Dietas h. Gasoterapia i. Materiais j. Medicamentos k. Serviços de Enfermagem	a. HM de Interconsultas b. OPME c. Trombolíticos d. Sangue e Hemoderivados e. Hemodiálise f. Quimioterápicos g. Imunoglobulina h. Antifungicida	

PACOTES de Salas Cirúrgicas	Valor do PACOTE
PACOTE Sala Cirúrgica – PORTE 1	R\$ 1.560,00
PACOTE Sala Cirúrgica – PORTE 2	R\$ 1.840,00
PACOTE Sala Cirúrgica – PORTE 3	R\$ 2.000,00
PACOTE Sala Cirúrgica – PORTE 4	R\$ 2.400,00

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

PACOTE Sala Cirúrgica – PORTE 5	R\$ 3.200,00
PACOTE Sala Cirúrgica – PORTE 6	R\$ 3.673,00
PACOTE Sala Cirúrgica – PORTE 7	R\$ 3.979,00
E seus CONCEITOS	
<i>INCLUSO</i>	<i>EXCLUSO</i>
Conceito: TUDO incluso	a. OPME
a. Sala	c. Trombolíticos
b. Sala de Recuperação Anestésica	d. Sangue e Hemoderivados
c. Taxas de Equipamentos	e. Hemodiálise
d. Serviços de Enfermagem	
e. HM	
f. Gasoterapia	
g. SADT	
h. Materiais	
i. Medicamentos	



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO V

PACOTES PROCEDIMENTOS CLÍNICOS e seus CONCEITOS

CLÍNICO : EXAMES

Procedimento	Regime	Valor PACOTE
ENDOSCOPIA	ambulatorial	R\$ 800,00
ENDOSCOPIA	Internado(hospitalar)	R\$ 1.200,00
COLONOSCOPIA	ambulatorial	R\$ 1.150,00
COLONOSCOPIA	Internado(hospitalar)	R\$ 2.300,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Ambulatorial/hospitalar	R\$ 194,88
RESSONANCIA MAGNÉTICA	Ambulatorial/hospitalar	R\$ 425,25
HEMODIÁLISE	hospitalar	R\$ 941,22

E seus CONCEITOS

ENDOSCOPIAS e COLONOSCOPIAS –Regime AMBULATORIAL

INCLUSO	EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso a. HM b. Taxas de Sala c. Taxas de Equipamentos d. Serviços de Enfermagem e. Gasoterapia f. Materiais g. Medicamentos h. Exame de H. Piloni i. Biópsia j. Polipectomia k. Anatomo Patológico (independente da quantidade de fragmentos)	a. Intercorrências

Handwritten signature



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

I. Pinças endoscópicas inerentes ao procedimento	
ENDOSCOPIAS e COLONOSCOPIAS –Regime HOSPITALAR	
INCLUSO	EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso a. HM b. Taxas de Sala c. Taxas de Equipamentos d. Serviços de Enfermagem e. Gasoterapia f. Materiais g. Medicamentos h. Exame de H. Piloni i. Biópsia j. Polipectomia k. AnatoMo Patológico(independente da quantidade de fragmentos) l. Pinças endoscópicas inerentes ao procedimento m. Hospital Dia/Diária	a. Intercorrências
TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS e RESSONANCIAS MAGNETICAS	
INCLUSO	EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso a. HM (inclusive anestesista, quando necessário) b. Taxas de Sala c. Taxas de Equipamentos d. Serviços de Enfermagem e. Gasoterapia	a. Intercorrências

Handwritten signature



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

f. Materiais	
g. Medicamentos	
h. Contraste (se necessário)	
HEMODIÁLISES	
INCLUSO	EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso	a. Intercorrências
a. HM	
b. Taxas de Sala	
c. Taxas de Equipamentos	
d. Serviços de Enfermagem	
e. Gasoterapia	
f. Materiais	
g. Medicamentos	

CLÍNICO : SANGUE e HEMODERIVADOS	
Procedimento	Valor PACOTE
Unidade de Concentrado de HEMACIAS	R\$ 729,00
Unidade de Concentrado de HEMACIAS LAVADAS	R\$ 738,00
Unidade de Concentrado de PLAQUETAS	R\$ 738,00
Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti-Hemofílico	R\$ 738,00
Unidade de PLASMA	R\$ 756,00
Unidade de SANGUE TOTAL	R\$ 829,00
ExSanguineo Transfusão de Unidade de SANGUE TOTAL	R\$ 922,00
PLAQUETAFERESE com uso de processadora automática	R\$ 922,00
E seus CONCEITOS	
Unidade de Concentrado de HEMACIAS	



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Código	Descrição
27.02.001-0	Unidade de concentrado de hemácias
27.03.005-9	Transfusão
27.04.002-0	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por componente hemoterápico
27.04.004-6	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por componente hemoterápico - (2 x)
27.04.006-2	Chagas HA - Por componente Hemoterápico
27.04.008-9	Chagas IFI - Por componente Hemoterápico
27.04.041-0	Chagas EIE - por componente hemoterápico
27.04.014-3	Eletroforese de hemoglobina - por componente hemoterápico
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.018-6	Malária - IFI por componente Hemoterápico
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.021-6	Pesquisa de anti-HBc - por componente hemoterápico
27.04.023-2	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por componente hemoterápico (2 x)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.032-1	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por componente hemoterápico
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037-2	Teste de Coombs Indireto (1 X)
27.04.039-9	Transaminase Pirúvica - TGP - por componente hemoterápico
27.04.043-7	Pesquisa de anti-HCV - por componente hemoterápico
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I / II - por componente hemoterápico
Unidade de Concentrado de HEMACIAS LAVADAS	
Código	Descrição

Jes



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

27.02.002-9	Unidade de concentrado de hemácias lavadas
27.03.005-9	Transfusão
27.04.002-0	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por componente hemoterápico
27.04.004-6	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por componente hemoterápico - (2 X)
27.04.006-2	Chagas HA - Por componente Hemoterápico
27.04.008-9	Chagas IFI - Por componente Hemoterápico
27.04.041-0	Chagas EIE - por componente hemoterápico
27.04.014-3	Eletroforese de hemoglobina - por componente hemoterápico
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.018-6	Malária - IFI por componente Hemoterápico
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.021-6	Pesquisa de anti-HBc - por componente hemoterápico
27.04.023-2	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por componente hemoterápico (2 x)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.032-1	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por componente hemoterápico
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.043-7	Pesquisa de anti-HCV - por componente hemoterápico
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037 -2	Teste de Coombs Indireto (1 X)
27.04.039-9	Transaminase Pirúvica - TGP - por componente hemoterápico
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I/II - por componente hemoterápico
Unidade de Concentrado de PLAQUETAS	
Código	Descrição
27.02.004-5	Unidade de concentrado de plaquetas



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

27.03.005-9	Transfusão
27.04.002-0	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por componente hemoterápico
27.04.004-6	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por componente hemoterápico - (2 X)
27.04.006-2	Chagas HA - Por componente Hemoterápico
27.04.008-9	Chagas IFI - Por componente Hemoterápico
27.04.041-0	Chagas EIE - por componente hemoterápico
27.04.014-3	Eletroforese de hemoglobina - por componente hemoterápico
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.018-6	Malária - IFI por componente Hemoterápico
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.021-6	Pesquisa de anti-HBc - por componente hemoterápico
27.04.023-2	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por componente hemoterápico (2 x)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.032-1	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por componente hemoterápico
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037 -2	Teste de Coombs Indireto (1 X)
27.04.039-9	Transaminase Pirúvica - TGP - por componente hemoterápico
27.04.043-7	Pesquisa de anti-HCV - por componente hemoterápico
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I/ II - por componente hemoterápico
Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti-Hemofílico	
Código	Descrição
27.02.005-3	Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico
27.03.005-9	Transfusão

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

27.04.002-0	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por componente hemoterápico
27.04.004-6	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por componente hemoterápico - (2 X)
27.04.006-2	Chagas HA - Por componente Hemoterápico
27.04.008-9	Chagas IFI - Por componente Hemoterápico
27.04.041-0	Chagas EIE - por componente hemoterápico
27.04.014-3	Eletroforese de hemoglobina - por componente hemoterápico
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.018-6	Malária - IFI por componente Hemoterápico
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.021-6	Pesquisa de anti-HBc - por componente hemoterápico
27.04.023-2	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por componente hemoterápico (2 x)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.032-1	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por componente hemoterápico
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.043-7	Pesquisa de anti-HCV - por componente hemoterápico
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037 -2	Teste de Coombs Indireto (1 X)
27.04.039-9	Transaminase Pirúvica - TGP - por componente hemoterápico
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I / II - por componente hemoterápico
Unidade de PLASMA	
Código	Descrição
27.02.006-1	Unidade de plasma
27.03.005-9	Transusão
27.04.002-0	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por componente hemoterápico

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

27.04.004-6	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por componente hemoterápico - (2 X)
27.04.006-2	Chagas HA - Por componente Hemoterápico
27.04.008-9	Chagas IFI - Por componente Hemoterápico
27.04.041-0	Chagas EIE - por componente hemoterápico
27.04.014-3	Eletroforese de hemoglobina - por componente hemoterápico
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.018-6	Malária - IFI por componente Hemoterápico
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.021-6	Pesquisa de anti-HBc - por componente hemoterápico
27.04.023-2	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por componente hemoterápico (2 x)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.032-1	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por componente hemoterápico
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.043-7	Pesquisa de anti-HCV - por componente hemoterápico
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037 -2	Teste de Coombs Indireto (1 X)
27.04.039-9	Transaminase Pirúvica - TGP - por componente hemoterápico
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I / II- por componente hemoterápico
Unidade de SANGUE TOTAL	
Código	Descrição
27.02.007-0	Unidade de sangue total
27.03.005-9	Transfusão
27.04.001-1	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por unidade de sangue total
27.04.003-8	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por unidade de sangue total



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

27.04.005-4	Chagas EIE - por unidade de sangue total
27.04.007-0	Chagas IFI - por unidade de sangue total
27.04.040-2	Chagas EIE - por unidade de sangue total
27.04.013-5	Eletroforese de hemoglobina - por unidade de sangue total
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.017-8	Malária IFI - por unidade de sangue total
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.020-8	Pesquisa de anti-HBc - por unidade de sangue total
27.04.022-4	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por unidade de sangue total (2X)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.031-3	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por unidade de sangue total
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037 -2	Teste de Coombs Indireto (1 X)
27.04.038-0	Transaminase Pirúvica - TGP - por unidade de sangue total
27.04.042-9	Pesquisa de Anti-HCV por Unidade de Sangue Total
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I + HTLV II (determinação conjunta) - por unidade de sangue total
ExSanguineo Transfusão de Unidade de SANGUE TOTAL	
Código	Descrição
27.02.007-0	Unidade de sangue total
27.03.005-9	Transfusão
27.04.001-1	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por unidade de sangue total
27.04.003-8	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por unidade de sangue total
27.04.005-4	Chagas EIE - por unidade de sangue total



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

27.04.007-0	Chagas IFI - por unidade de sangue total
27.04.040-2	Chagas EIE - por unidade de sangue total
27.04.013-5	Eletroforese de hemoglobina - por unidade de sangue total
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.017-8	Malária IFI - por unidade de sangue total
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.020-8	Pesquisa de anti-HBc - por unidade de sangue total
27.04.022-4	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por unidade de sangue total (2X)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.031-3	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por unidade de sangue total
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037 -2	Teste de Coobs Indireto (1 X)
27.04.038-0	Transaminase Pirúvica - TGP - por unidade de sangue total
27.04.042-9	Pesquisa de Anti-HCV por Unidade de Sangue Total
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I + HTLV II (determinação conjunta) - por unidade de sangue total
PLAQUETAFERESE com uso de processadora automática	
Código	Descrição
27.03.003-2	Operação de processadora automática de sangue em aferese
27.04.001-1	Antígeno Austrália (HBsAg) (HA) - por unidade de sangue total
27.04.003-8	Antígeno Austrália (HBsAg) (RIE ou EIE) - por unidade de sangue total
27.04.005-4	Chagas EIE - por unidade de sangue total
27.04.007-0	Chagas IFI - por unidade de sangue total
27.04.009-7	Chagas (IFI, HA e RFC) - reações sorológicas - por unidade de sangue total



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

27.04.013-5	Eletroforese de hemoglobina - por unidade de sangue total
27.04.015-1	Grupo sanguíneo ABO e Rh
27.04.017-8	Malária IFI - por unidade de sangue total
27.04.019-4	Pesquisa de anticorpos irregulares
27.04.020-8	Pesquisa de anti-HBc - por unidade de sangue total
27.04.022-4	Pesquisa de anti-HIV (EIE) - por unidade de sangue total (2 X)
27.04.024-0	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa
27.04.031-3	Sífilis (VDRL, HA e FTA-Abs) - por unidade de sangue total
27.04.034-8	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
27.04.035-6	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica)
27.04.036-4	Teste de Coombs direto (02 X)
27.04.037 -2	Teste de Coombs Indireto (1 X)
27.04.038-0	Transaminase Pirúvica - TGP - por unidade de sangue total
27.04.040-2	Chagas EIE - por unidade de sangue total
27.04.042-9	Pesquisa de anti-HCV - por unidade de sangue total
27.04.097-6	NAT para HIV
27.04.101-8	NAT para HCV
27.04.044-5	Pesquisa de anti-HTLV I + HTLV II (determinação conjunta) - por unidade de sangue total

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO VI

PACOTES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS e seus CONCEITOS

ESPECIALIDADE : CIRURGIA GERAL

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS POR SIMILARIDADE COM ASSOCIAÇÃO	QT DIARIAS	VALOR
APTO/ENF	APENDICECTOMIA	APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	2	R\$ 4.700,00
		APENDICECTOMIA		
		DIASTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRURGICO		
		HERNIORRAFIA UMBILICAL		
APTO/ENF	COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA COM OU SEM VÍDEO COM OU SEM HERNIORRAFIA UMBILICAL	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	3	R\$ 4.700,00
		COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		
		COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA		
		COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA		
		DIASTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRURGICO		
		HERNIORRAFIA UMBILICAL		
APTO/ENF	HÉRNIA INGUINAL COM OU SEM VÍDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	2	R\$ 2.700,00
		HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL		
APTO/ENF	HERNIORRAFIA INGUINAL OU EPIGASTRICA	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	2	R\$ 2.700,00
		HERNIORRAFIA UMBILICAL		
		DIASTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRURGICO		
APTO/ENF	HERNIORRAFIA INGUINAL + UMBILICAL	HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL	2	R\$ 2.900,00
		HERNIORRAFIA UMBILICAL		
		HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA		
		DIASTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRURGICO		
APTO/ENF	HEMORROIDECTOMIA OU FISTULECTOMIA COM OU SEM VÍDEO COM OU SEM FISSURECTOMIA	HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA, COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA	1	R\$ 1.700,00
		FISTULECTOMIA ANAL EM DOIS TEMPOS		
		FISTULECTOMIA ANAL EM UM TEMPO		
		FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA		
APTO/ENF	RETOSSIGMOIDECTOMIA COM OU SEM VÍDEO	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	3	R\$ 21.300,00
		RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL		

ESPECIALIDADE: GINECOLOGIA

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS POR SIMILARIDADE COM ASSOCIAÇÃO	QT DIARIAS	VALOR
--------	---	--	------------	-------



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO/ENF	HISTERECTOMIA ABDOMINAL (CONVENCIONAL)		3	R\$ 2.500,00
APTO/ENF	HISTEROSCOPIA COM RESSECTOSCOPIO	HISTEROSCOPIA COM RESSECTOSCOPIO	0	R\$ 2.500,00
		HISTEROSCOPIA CIRURGICA COM BIOPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINEQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO		
APTO/ENF	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA, TÉCNICA CONVENCIONAL OU LAPAROSCÓPICA (UNILATERAL OU BILATERAL)	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL	2	R\$ 5.000,00
		HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL (QUALQUER VIA)		
		HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA (QUALQUER VIA)		
APTO/ENF	TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSES	TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSES	2	R\$ 5.000,00
APTO/ENF	CURETAGEM SEMIOTICA OU PÓS ABORTAMENTO COM OU SEM MATUREÇÃO	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO	1	R\$ 2.000,00
		CURETAGEM GINECOLOGICA SEMIOTICA E/OU TERAPEUTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO UTERINO		
		MATURACAO CERVICAL PARA INDUCAO DE ABORTAMENTO OU DE TRABALHO DE PARTO		
		ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) POS-ABORTAMENTO		
		ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA AMIU		
APTO/ENF	OOFORECTOMIA (convencional)	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	2	R\$ 2.500,00
APTO/ENF	OOFORECTOMIA (VLP) VIDEO	OOFORECTOMIA LAPAROSCOPICA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	1	R\$ 4.000,00

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS POR SIMILARIDADE COM ASSOCIAÇÃO	QT DIARIAS	VALOR
APTO/ENF	LESÃO DE TENDÃO DE OMBRO	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	2	R\$ 7.140,00
APTO/ENF		TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	2	
APTO/ENF		RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	2	
APTO/ENF		RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	2	
APTO/ENF		RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVICULA - TRATAMENTO CIRURGICO	2	
APTO/ENF		SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	2	

Handwritten signature



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO/ENF	LESÃO LIGAMENTAR DE OMBRO	LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	2	R\$ 7.140,00
APTO/ENF		LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	2	
APTO/ENF	LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	R\$ 6.375,00
APTO/ENF		REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RETENCIONAMENTO, REFORCO OU RECONSTRUCAO DO LIGAMENTO PATELO-FEMORAL MEDIAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRURGICO	2	
APTO/ENF		LESAO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO - TRATAMENTO CIRURGICO	2	
APTO/ENF		MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAIO - TRATAMENTO CIRURGICO	2	
APTO/ENF		SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF	ARTROPLASTIA DE JOELHO	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRURGICO	3	R\$ 18.071,00
APTO/ENF	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATAMENTO CIRURGICO	3	R\$ 31.127,00
APTO/ENF	OSTEOCONDROPLASTIA DE JOELHO	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	R\$ 6.375,00
APTO/ENF		SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		LESOES INTRINSECAS DE JOELHO (LESOES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISSECANTE, PLICA PATOLOGICA, CORPOS LIVRES, ARTROFITOSE.) - TRATAMENTO CIRURGICO	2	



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO/ENF		SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF	MENISCECTOMIA DE JOELHO	MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	R\$ 6.375,00
APTO/ENF		CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		LESOES AGUDAS E/OU LUXACOES DE MENISCOS (1 OU AMBOS) - TRATAMENTO CIRURGICO	2	
APTO/ENF		SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	2	
APTO/ENF		LESOES INTRINSECAS DE JOELHO (LESOES CONDEAIS, OSTEOCONDRITE DISSECANTE, PLICA PATOLOGICA, CORPOS LIVRES, ARTROFITOSE.) - TRATAMENTO CIRURGICO	2	

ESPECIALIDADE: OTORRINOLARINGOLOGIA

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS POR SIMILARIDADE COM ASSOCIAÇÃO	QT DIARIAS	VALOR
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVECIONAL	1	R\$ 1.500,00
APTO/ENF	ADENOIDECTOMIA OU SEM VÍDEO E/OU AMIGDALECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVECIONAL	1	R\$ 1.000,00
APTO/ENF	ETMOIDECTOMIA E/OU SINUSECTOMIA MAXILAR SEM VÍDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVECIONAL	2	R\$ 3.000,00
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA + ADENOIDECTOMIA SEM VÍDEO E/OU AMIGDALECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVECIONAL	1	R\$ 1.500,00
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA + ETMOIDECTOMIA E/OU SINUSECTOMIA MAXILAR SEM VÍDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVECIONAL	2	R\$ 2.000,00

L
ger



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA SEM VÍDEO + SINUSOTOMIA FRONTAL E/OU SINUSOTOMIA ESFENOIDAL U SEM VÍDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVENCIONAL	2	R\$ 1.500,00
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA SEM VÍDEO + ETMOIDECTOMIA E/OU SINUSECTOMIA MAXILAR SEM VÍDEO + SINUSOTOMIA FRONTAL E/OU SINUSOTOMIA ESFENOIDAL SEM VÍDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVENCIONAL	2	R\$ 2.000,00
APTO/ENF	CORNETO INFERIOR + ADENOIDECTOMIA SEM VÍDEO E/OU AMIGDALECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVENCIONAL	1	R\$ 2.600,00
APTO/ENF	TIMPANO-MASTOIDECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	CONVENCIONAL	2	R\$ 2.600,00
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	SEPTOPLASTIA COM VIDEO TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA - UNILATERAL	1	R\$ 2.300,00
APTO/ENF	ADENOIDECTOMIA (COM VÍDEO) E/OU AMIGDALECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	ADENO-AMIGDALECTOMIA ADENOIDECTOMIA AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA	1	R\$ 2.300,00
APTO/ENF	ETMOIDECTOMIA E/OU SINUSECTOMIA MAXILAR COM VÍDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	ETMOIDECTOMIA INTRANASAL SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR (ERMIRO DE LIMA) ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	2	R\$ 2.900,00
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA + ADENOIDECTOMIA (COM VÍDEO) E/OU AMIGDALECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	ADENO-AMIGDALECTOMIA ADENOIDECTOMIA AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA SEPTOPLASTIA COM VIDEO TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA - UNILATERAL	1	R\$ 3.900,00

α
per



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA + ETMOIDECTOMIA E/OU SINUSECTOMIA MAXILAR COM VIDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	SEPTOPLASTIA COM VIDEO	2	R\$ 3.100,00
		TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA - UNILATERAL		
		ETMOIDECTOMIA INTRANASAL		
		SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL		
		SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR (ERMIRO DE LIMA)		
		ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA		
		SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL POR VIDEOENDOSCOPIA		
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA COM VIDEO + SINUSOTOMIA FRONTAL E/OU SINUSOTOMIA ESFENOIDAL COM VIDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	SEPTOPLASTIA COM VIDEO	2	R\$ 2.400,00
		TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA - UNILATERAL		
		SINUSOTOMIA ESFENOIDAL		
		SINUSOTOMIA FRONTAL INTRANASAL		
APTO/ENF	SEPTOPLASTIA E/OU TURBINECTOMIA COM VIDEO + ETMOIDECTOMIA E/OU SINUSECTOMIA MAXILAR COM VIDEO + SINUSOTOMIA FRONTAL E/OU SINUSOTOMIA ESFENOIDAL COM VIDEO (UNILATERAL OU BILATERAL)	SEPTOPLASTIA COM VIDEO	2	R\$ 3.500,00
		TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA - UNILATERAL		
		ETMOIDECTOMIA INTRANASAL		
		SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL		
		SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR (ERMIRO DE LIMA)		
		SINUSOTOMIA ESFENOIDAL		
		SINUSOTOMIA FRONTAL INTRANASAL		
		ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA		
		SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL POR VIDEOENDOSCOPIA		
APTO/ENF	CORNETO INFERIOR + ADENOIDECTOMIA COM VIDEO E/OU AMIGDALECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	ADENO-AMIGDALECTOMIA	1	R\$ 3.910,00
		ADENOIDECTOMIA		
		AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS		
		ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA		
		CORNETO INFERIOR - CAUTERIZACAO LINEAR - UNILATERAL		
APTO/ENF	TIMPANO-MASTOIDECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	TIMPANO-MASTOIDECTOMIA	2	R\$ 3.910,00

Handwritten signature



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	QT DIARIAS	VALOR
APTO	PACOTE FRATURA DE TÍBIA - OSSOS DA PERNA (TÍBIA+FÍBULA) - APTO.	2	R\$ 21.870,71
APTO	PACOTE FRATURA DE TÍBIA - PILÃO TIBIAL - APTO	2	R\$ 25.559,75
APTO	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - COLO DO FÊMUR PARA OSTEOSÍNTESE - APTO	3	R\$ 12.977,50
APTO	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - TRANSTROCANTERIANA / SUBTROCANTERIANA - APTO	3	R\$ 15.810,16
APTO	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - DIÁFISE DO FÊMUR - APTO.	3	R\$ 18.576,93
APTO	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - FÊMUR DISTAL (SUPRA/INTERCON) - APTO.	3	R\$ 20.684,94
APTO	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO PROXIMAL - APTO.	2	R\$ 14.624,40
APTO	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DIÁFISE - APTO.	2	R\$ 18.181,68
APTO	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DISTAL - APTO.	2	R\$ 18.445,18
APTO	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - CLAVÍCULA - APTO.	2	R\$ 13.043,38
APTO	PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - UNIMALEOLAR - APTO.	2	R\$ 8.695,58
APTO	PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - BI, TRI LESÃO LIGAMENTAR - APTO.	2	R\$ 14.360,89
APTO	PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - CALCÂNEO - APTO.	2	R\$ 10.671,86
APTO	PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - METATARSOS E FALANGES - APTO.	2	R\$ 10.408,35
APTO	PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - FRATURA LUXAÇÃO DE LIFRANC - APTO.	2	R\$ 10.276,60
APTO	PACOTE FRAT OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO PROXIMAL (CABEÇA DE RÁDIO) - APTO.	3	R\$ 9.881,34
APTO	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - CORONÓIDE - APTO.	3	R\$ 9.881,34
APTO	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - OLÉCRANO - APTO.	3	R\$ 8.036,83
APTO	PACOTE FRAT OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO DISTAL (RÁDIO DISTAL) - APTO.	3	R\$ 12.648,12
APTO	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA DISTAL - APTO.	3	R\$ 11.725,86

deaf



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO DIÁFISE (RÁDIO) - APTO.	3	R\$ 12.121,12
APTO	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA - APTO.	3	R\$ 12.121,12
APTO	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - RÁDIO +ULNA - APTO.	3	R\$ 17.654,67
APTO	PACOTE LUXAÇÃO DO COTOVELO - APTO.	2	R\$ 10.144,84
APTO	PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - OSSOS DO CARPO (ESCAFÓIDE) - APTO.	2	R\$ 5.138,30
APTO	PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS TRANSVERSAS - APTO.	2	R\$ 5.138,30
APTO	PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS COMINUTIVAS - APTO.	2	R\$ 9.165,30
APTO	PACOTE FRATURA DO JOELHO - PATELA - APTO.	3	R\$ 12.779,87
APTO	PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO UNICONDILAR - APTO.	3	R\$ 22.265,97
APTO	PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO BICONDILAR - APTO.	3	R\$ 24.242,24
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE TÍBIA - OSSOS DA PERNA (TÍBIA+FÍBULA) - APTO.	2	R\$ 16.995,91
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE TÍBIA - PILÃO TIBIAL - APTO	2	R\$ 20.684,94
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRAT. FÊMUR - COLO DO FÊMUR PARA OSTEOSÍNTESE - APTO.	3	R\$ 7.905,07
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRAT FÊMUR - TRANSTROCANTERIANA / SUBTROCANTERIANA - APTO.	3	R\$ 11.067,11
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO FÊMUR - DIÁFISE DO FÊMUR - APTO.	3	R\$ 13.438,63
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO FÊMUR - FÊMUR DISTAL (SUPRA/INTERCON) - APTO.	3	R\$ 15.810,16
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO PROXIMAL - APTO.	2	R\$ 10.540,10
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DIÁFISE - APTO.	2	R\$ 14.097,39
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DISTAL - APTO.	2	R\$ 14.229,14
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - CLAVÍCULA - APTO.	2	R\$ 8.959,09
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - UNI-MALEOLAR - APTO.	2	R\$ 5.006,55
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - BI, TRI LESÃO LIGAMENTAR - APTO.	2	R\$ 10.803,60
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - CALCÂNEO - APTO.	2	R\$ 8.959,09



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - METATARSOS E FALANGES - APTO.	2	R\$ 8.695,58
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - FRATURA LUXAÇÃO DE LIFRANC - APTO.	2	R\$ 7.773,33
APTO	2ª FRAT.- PAC. FRAT OSSOS ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO PROX (CABEÇA DE RÁDIO) - APTO.	3	R\$ 7.114,57
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - CORONÓIDE - APTO.	3	R\$ 7.378,07
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - OLÉCRANO - APTO.	3	R\$ 5.138,30
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA DISTAL - APTO.	3	R\$ 9.090,83
APTO	2ª FRAT.- PACOTE FRAT. OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO DIÁFISE (RÁDIO) - APTO.	3	R\$ 9.486,10
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA - APTO.	3	R\$ 9.486,10
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - RÁDIO +ULNA - APTO.	3	R\$ 15.151,40
APTO	2ª FRATURA - PACOTE LUXAÇÃO DO COTOVELO - APTO.	2	R\$ 7.905,07
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRAT METACARPÍANOS - OSSOS DO CARPO (ESCAFÓIDE) - APTO.	2	R\$ 4.874,80
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS TRANSVERSAS - APTO.	2	R\$ 4.874,80
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS COMINUTIVAS - APTO.	2	R\$ 9.090,83
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO JOELHO - PATELA - APTO.	3	R\$ 5.928,81
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO UNICONDILAR - APTO.	3	R\$ 15.283,14
APTO	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO BICONDILAR - APTO.	3	R\$ 17.259,42
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DE TÍBIA - APTO.	2	R\$ 18.313,43
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DO FEMUR - APTO.	3	R\$ 17.391,17
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DE ÚMERO - APTO.	2	R\$ 17.786,43
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA UNI - BI OU TRIMALEOLAR - APTO.	2	R\$ 15.151,40



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ - APTO.	2	R\$ 13.438,63
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - APTO.	3	R\$ 14.887,90
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - LUXAÇÃO DO COTOVELO - APTO.	2	R\$ 13.833,88
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURAS DE METACARPÍANOS - APTO.	2	R\$ 12.779,87
APTO	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DO JOELHO - APTO.	3	R\$ 18.445,18
ENF	PACOTE FRATURA DE TÍBIA - OSSOS DA PERNA (TÍBIA+FÍBULA) - ENF.	2	R\$ 20.157,94
ENF	PACOTE FRATURA DE TÍBIA - PILÃO TIBIAL - ENF.	2	R\$ 23.846,98
ENF	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - COLO DO FÊMUR PARA OSTEOSÍNTESE - ENF.	3	R\$ 10.803,60
ENF	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - TRANSTROCANTERIANA / SUBTROCANTERIANA - ENF.	3	R\$ 13.833,88
ENF	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - DIÁFISE DO FÊMUR - ENF.	3	R\$ 16.337,17
ENF	PACOTE FRATURA DO FÊMUR - FÊMUR DISTAL (SUPRA/INTERCON) - ENF.	3	R\$ 18.445,18
ENF	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO PROXIMAL - ENF.	2	R\$ 13.175,13
ENF	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DIÁFISE - ENF.	2	R\$ 16.732,41
ENF	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DISTAL - ENF.	2	R\$ 16.864,16
ENF	PACOTE FRATURA DO ÚMERO - CLAVÍCULA - ENF.	2	R\$ 11.660,00
ENF	PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - UNI-MALEOLAR - ENF.	2	R\$ 7.378,07
ENF	PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - BI, TRI LESÃO LIGAMENTAR - ENF.	2	R\$ 13.109,24
ENF	PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - CALCÂNEO - ENF.	2	R\$ 10.013,10
ENF	PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - METATARSOS E FALANGES - ENF	2	R\$ 9.815,47
ENF	PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - METATARSOS E FALANGES - ENF.	2	R\$ 9.486,10
ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO PROXIMAL (CABEÇA DE RÁDIO) - E	3	R\$ 9.354,34
ENF	PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS COMINUTIVAS - ENF.	2	R\$ 9.222,60
ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - OLÉCRANO - ENF.	3	R\$ 6.982,81
ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO DISTAL (RÁDIO DISTAL) - ENF.	3	R\$ 11.594,11



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA DISTAL - ENF.	3	R\$ 10.803,60
ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO DIÁFISE (RÁDIO) - ENF.	3	R\$ 11.198,87
ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA - ENF.	3	R\$ 11.198,87
ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - RÁDIO +ULNA - ENF.	3	R\$ 16.600,67
ENF	PACOTE LUXAÇÃO DO COTOVELO - ENF.	2	R\$ 9.222,60
ENF	PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - OSSOS DO CARPO (ESCAFÓIDE) - ENF.	2	R\$ 4.743,04
ENF	PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS TRANSVERSAS - ENF.	2	R\$ 4.743,04
ENF	PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - CORONÓIDE - ENF.	3	R\$ 9.090,83
ENF	PACOTE FRATURA DO JOELHO - PATELA - ENF.	3	R\$ 10.935,36
ENF	PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO UNICONDILAR - ENF.	3	R\$ 20.157,94
ENF	PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO BICONDILAR - ENF.	3	R\$ 22.265,97
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE TÍBIA - OSSOS DA PERNA (TÍBIA+FÍBULA) - ENF.	2	R\$ 15.941,90
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE TÍBIA - PILÃO TIBIAL - ENF.	2	R\$ 19.762,69
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO FÊMUR - COLO DO FÊMUR PARA OSTEOSÍNTESE - ENF.	3	R\$ 6.719,31
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO FÊMUR - TRANSTROCANTERIANA / SUBTROCANTERIANA - E	3	R\$ 9.749,60
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO FÊMUR - DIÁFISE DO FÊMUR - ENF.	3	R\$ 12.121,12
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO FÊMUR - FÊMUR DISTAL (SUPRA/INTERCON) - ENF.	3	R\$ 14.624,40
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO PROXIMAL - ENF.	2	R\$ 9.617,84
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DIÁFISE - ENF.	2	R\$ 13.175,13
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - ÚMERO DISTAL - ENF.	2	R\$ 13.438,63
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO ÚMERO - CLAVÍCULA - ENF.	2	R\$ 8.168,57
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - UNI-MALEOLAR - ENF.	2	R\$ 4.808,93
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO TORNOZELO - BI, TRI LESÃO LIGAMENTAR - ENF.	2	R\$ 9.881,34

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - CALCÂNEO - ENF.	2	R\$ 8.563,84
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - METATARSOS E FALANGES - ENF.	2	R\$ 8.168,57
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA OSSOS DO PÉ - FRATURA LUXAÇÃO DE LIFRANC - ENF.	2	R\$ 7.246,32
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO PROXIMAL (CABEÇA	3	R\$ 6.719,31
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - CORONÓIDE - ENF.	3	R\$ 6.587,56
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - OLÉCRANO - ENF.	3	R\$ 4.347,80
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO DISTAL (RÁDIO DIS	3	R\$ 9.090,83
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA DISTAL - ENF.	3	R\$ 8.432,08
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ANTEBRAÇO DIÁFISE (RÁDIO) -	3	R\$ 8.827,34
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ULNA - ENF.	3	R\$ 8.827,34
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - RÁDIO +ULNA - ENF.	3	R\$ 14.360,89
ENF	2ª FRATURA - PACOTE LUXAÇÃO DO COTOVELO - ENF.	2	R\$ 7.246,32
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - OSSOS DO CARPO (ESCAFÓIDE) - ENF.	2	R\$ 4.611,29
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS TRANSVERSAS - ENF.	2	R\$ 4.611,29
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DE METACARPÍANOS - FRATURAS COMINUTIVAS - ENF.	2	R\$ 8.827,34
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO JOELHO - PATELA - ENF.	3	R\$ 4.743,04
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO UNICONDILAR - ENF.	3	R\$ 14.229,14
ENF	2ª FRATURA - PACOTE FRATURA DO JOELHO - PLANALTO BICONDILAR - ENF.	3	R\$ 16.205,40
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DE TÍBIA - ENF.	2	R\$ 16.732,41
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DO FEMUR - ENF.	3	R\$ 15.810,16



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DE ÚMERO - ENF.	2	R\$ 15.941,90
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA UNI - BI OU TRIMALEOLAR - ENF.	2	R\$ 13.570,37
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ - ENF.	2	R\$ 12.516,37
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - ENF.	3	R\$ 13.702,14
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - LUXAÇÃO DO COTOVELO - ENF.	2	R\$ 12.648,12
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURAS DE METACARPÍANOS - ENF.	2	R\$ 12.121,12
ENF	PACOTE FIXADOR EXTERNO - FRATURA DO JOELHO - ENF.	3	R\$ 16.864,16

ESPECIALIDADE: UROLOGIA

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS POR SIMILARIDADE COM ASSOCIAÇÃO	QT DIARIAS	VALOR
APTO/ENF	RESSECCAO TRANSURETRAL DA PROSTATA (RTU)	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA	2	R\$ 7.000,00
APTO/ENF	RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J	RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J	0	R\$ 1.200,00
APTO/ENF	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL, COM OU SEM LASER, COM OU SEM COLOCAÇÃO DE DUPLO J (UNILATERAL OU BILATERAL)	COLOCACAO CIRURGICA DE DUPLO J UNILATERAL	2	R\$ 7.000,00
		COLOCACAO CISTOSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL		
		COLOCACAO NEFROSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL		
		COLOCACAO URETEROSCOPICA DE DUPLO J - UNILATERAL		
		URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA UNILATERAL		
		URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXIVEL A LASER UNILATERAL		
		URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA UNILATERAL A LASER		
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CALCULO DE URETER - UNILATERAL				
APTO/ENF	VARICOCELE BILATERAL-CORREÇÃO CIRURGICA	VARICOCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	1	R\$ 1.500,00
APTO/ENF	POSTECTOMIA	POSTECTOMIA	0	R\$ 1.000,00
		PLASTICA DO FREIO BALANO-PREPUICIAL		
APTO/ENF	VASECTOMIA (UNILATERAL OU BILATERAL)	VASECTOMIA UNILATERAL	0	R\$ 900,00
		CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA		
APTO/ENF	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - SLING VAGINAL OU ABDOMINAL	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - SLING VAGINAL OU ABDOMINAL	1	R\$ 5.000,00
		INCONT URIN C/ COLP ANT. TTO CIR (C/OU S/USO PROTESE -SLING)		

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ESPECIALIDADE: VASCULAR

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS POR SIMILARIDADE COM ASSOCIAÇÃO	QT DIARIAS	VALOR
APTO/ENF	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE DOIS MEMBROS VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE UM MEMBRO	1	R\$ 1.200,00

E seus CONCEITOS

De TODAS AS ESPECIALIDADES (exceto PARTOS)

INCLUSO

- Conceito: TUDO incluso
- a. HM do anestesista
 - b. Taxas de Sala
 - c. Taxas de Equipamentos
 - d. Serviços de Enfermagem
 - e. Gasoterapia
 - f. Materiais
 - g. Medicamentos
 - h. SADT
 - i. OPME
 - j. Instrumentação
 - k. Procedimentos Múltiplos

EXCLUSO

- a. HM do Cirurgião
- b. HM dos Auxiliares Médicos
- c. Intercorrências

ESPECIALIDADE: OBSTETRICIA

ACOMOD	DESCRIÇÃO DO PACOTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	QT DIARIAS	VALOR
ENF	PARTO NORMAL	3	R\$ 4.200,00
APTO	PARTO NORMAL		R\$ 4.500,00
ENF	CESAREA		R\$ 4.900,00
APTO	CESAREA		R\$ 5.200,00

g
gmb



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

E seus CONCEITOS	
De PARTOS	
INCLUSO	EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso a. 03(três) diárias mãe e RN b. Berçario c. HM do anestesista d. Taxas de Sala e. Taxas de Equipamentos inclusive Fototerapia f. Serviços de Enfermagem g. Gasoterapia h. Materiais i. Medicamentos j. SADT k. Testes do RN : Pezinho Ampliado(PKU, etc), Olhinho(Reflexos Vermelhos) e Orelhinha(Emissão Otoacustica)	a. HM do Cirurgião b. HM dos Auxiliares Médicos c. Sangue e Hemoderivados d. Anatomia Patológica e. Vacina Anti-RH f. Intercorrências que necessitem de UTI Mãe ou o RN.

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO VII

PACOTES DE HEMODINÂMICA e seus CONCEITOS

PROCEDIMENTO	ACOMODAÇÃO	VALOR
CATETERISMO	APTO/ENF	R\$ 1.600,00
E seus CONCEITOS		
INCLUSO		EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso		Intercorrências
a. HM		Diária excedente
b. Hemodinamicista		Sangue e Hemoderivados
c. Taxas de Sala		SADT e Fisioterapias
d. Taxas de Equipamentos		OPME não descrito na inclusão
e. Serviços de Enfermagem		Trombolíticos antiagregantes
f. Gasoterapia		plaquetários
g. Materiais		Anestesia Geral
h. Medicamentos		
i. OPME (1 Introdutor, Manômetro, 1 Fio guia teflonado ou hidrofílico, 2 cateteres diagnostico)		
j. Instrumentação		
k. Contraste		
l. Filme		
m. CD		
n. Hospital Dia		

PROCEDIMENTO	ACOMODAÇÃO	VALOR
ANGIOPLASTIA CORONORIANA – COM STENT CONVENIONAL	APTO/ENF	R\$ 5.000,00

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

E seus CONCEITOS	
INCLUSO	EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso a. HM b. Hemodinamicista c. Taxas de Sala d. Taxas de Equipamentos e. Serviços de Enfermagem f. Gasoterapia g. OPME (1 cateter balão , 1 Introdutor, Manômetro, 1 Fio guia, 1 Stent CONVENCIONAL) h. Instrumentação i. Contraste j. Filme k. CD l. 02(duas) Diárias Apartamento ou Enfermaria	Intercorrências Diária de UTI Sangue e Hemoderivados SADT e Fisioterapias OPME não descrito na inclusão

PROCEDIMENTO	ACOMODAÇÃO	VALOR
ANGIOPLASTIA CORONORIANA – COM STENT FARMACOLOGICO	APTO/ENF	R\$ 11.000,00

E seus CONCEITOS	
INCLUSO	EXCLUSO
Conceito: TUDO incluso a. HM b. Hemodinamicista c. Taxas de Sala	Intercorrências Diária de UTI Sangue e Hemoderivados SADT e Fisioterapias OPME não descrito na inclusão



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

d. Taxas de Equipamentos

e. Serviços de Enfermagem

f. Gasoterapia

**g. OPME (1 cateter balão , 1 Introdutor,
Manômetro, 1 Fio guia, 1 Stent FARMACOLOGICO)**

h. Instrumentação

i. Contraste

j. Filme

k. CD

l. 02(duas) Diárias Apartamento ou Enfermaria



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO VIII

MODELO

CARTA PROPOSTA

Ao

**INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO
FUNCIONALISMO – IMASF**

Rua Dom Luiz, 201 – B. Nova Petrópolis
09770-290 – São Bernardo do Campo - SP

Pela presente Proposta de prestação de serviços médico-hospitalar, pronto atendimento e pronto socorro de urgências e emergências aos beneficiários inscritos nos planos de saúde individuais do IMASF a/o (Razão Social do Hospital) vem oferecer a essa Autarquia, os serviços abaixo descritos em conformidade com o Edital de Chamamento nº ----/2016, com os valores abaixo mencionado:

**A INTERESSADA DEVERÁ INCLUIR TABELA DE SERVIÇOS E PREÇOS
DE ACORDO COM AS ESPECIALIDADES QUE PRETENDEM OFERTAR,
OBSERVADOS TODOS OS ANEXOS DESTE EDITAL**

(valores devem ser expressos em reais, com duas casas decimais)

Atenciosamente,

(Local), ____ de _____ de ____.

(Nome e assinatura do Representante Legal)



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO IV

FICHA CADASTRAL DO CREDENCIADO

FICHA CADASTRAL/DADOS BANCÁRIOS

CNPJ -

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO: **CIDADE:** **U.F.:** **CEP:**

TEL (1): **TEL (2):** **FAX:**

E-MAIL: **SITE:**

CONTATO: **TEL:**

REPRESENTANTE LEGAL (1):

CARGO:	RG:	EMISSOR:	CPF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

REPRESENTANTE LEGAL (2):

CARGO:	RG:	EMISSOR:	CPF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:

BANCO Nº: **AGÊNCIA Nº:** -

CONTA CORRENTE: -

DATA

ASSINATURA

_____ / _____ / _____

Handwritten signature in blue ink.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

ANEXO X

TERMO DE CONTRATO Nº _____

(PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, PRONTO ATENDIMENTO E PRONTO SOCORRO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS AOS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS NOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS DO IMASF)

Termo de Credenciamento que celebram entre si, O
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DO FUNCIONALISMO – IMASF, Autarquia
Municipal de São Bernardo do Campo e

.....
...

O INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA A SAUDE DO FUNCIONALISMO - IMASF, Autarquia do Município de São Bernardo do Campo, regido pela Lei Municipal nº 5.078/02 e posteriores alterações, com sede na Rua Dom Luis, 201, Bairro Nova Petrópolis, São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ/MF sob nº. 59.149.823/0001-26, neste ato representado pela Sr^a ANA LUÍSA DE OLIVEIRA PONTES, brasileira, casada, portadora da cédula de identidade R.G. nº 28.333.494 e do CPF/MF nº 296.146.318-13, Diretora Superintendente desta Autarquia, IMASF, doravante denominado **CRENCIANTE** e, de outro lado, **XXXXXXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, situado no(a) (logradouro/nº/bairro/cidade/estado).
....., inscrito no CPF/MF / CNPJ nº, neste ato representado por seu ----
....., doravante denominado **CRENCIADO**, na melhor forma de direito, resolvem acordar entre si o presente instrumento jurídico de **Termo de Contrato**, que se regerá pela Lei Federal nº 8.666/93, pelo Edital de Chamamento nº ---/2019, e pelas cláusulas e condições a seguir descritas.

1. DO OBJETO:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Constitui objeto do presente ajuste “**Termo de Contrato**” a prestação de serviços pelo **CRENCIADO**, em suas instalações, da prestação de serviços médico-hospitalar que incluem os atendimentos de Urgência/Emergência e Internações Clínicas e Cirúrgicas, e Ambulatoriais em especialidades específicas aos beneficiários dos Planos Individuais, oferecidos pelo IMASF nas condições constantes nos Anexos deste Termo de Contrato que são eles:

- a) **ANEXO I:** trata das Especialidades Atendimento;
- b) **ANEXO II:** trata dos Planos e Acomodações;
- c) **ANEXO III:** trata das Condições Comerciais;
- d) **ANEXO IV:** trata dos Pacotes de Diárias, Taxas e seus conceitos;
- e) **ANEXO V:** trata dos Pacotes de Procedimentos Clínicos e seus conceitos;
- f) **ANEXO VI:** trata dos Pacotes de Procedimentos Cirúrgicos e seus conceitos;
- g) **ANEXO VII:** trata dos Pacotes de Hemodinâmica e seus conceitos;



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

CLÁUSULA SEGUNDA – É vedada a exclusividade na relação contratual, sendo as partes contratantes independentes para firmar outros instrumentos jurídicos com terceiros para a mesma finalidade.

2. DOS SERVIÇOS:

CLÁUSULA TERCEIRA – Os serviços objeto do presente **CRENCIAMENTO** serão executados em perfeita conformidade com as normas e instruções de saúde, respeitando a respectiva legislação, regulamentação e disposições anexas, bem como as alterações e instruções supervenientes e outras comunicadas ao **CRENCIADO** através de correspondência expedida sob registro postal ou protocolo, e anexadas ao processo administrativo do **CRENCIADO**.

§ 1º - Os serviços de que trata esta cláusula serão prestados diretamente pelo **CRENCIADO**, que se valerá dos profissionais de seu estabelecimento.

§ 2º - Considera-se profissional do estabelecimento do **CRENCIADO**:

- a) O membro do seu corpo clínico;
- b) O profissional que tenha vínculo empregatício com o **CRENCIADO**;
- c) O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente presta serviços ao **CRENCIADO**.

§ 3º - Equipara-se ao profissional autônomo definido na alínea “c” do parágrafo anterior, o grupo, a empresa, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de Assistência à Saúde.

§ 4º - A execução dos serviços que constituem objeto deste **CRENCIAMENTO** terá por responsável técnico

§ 5º – O **CRENCIADO**, bem como os médicos que compõem seu corpo clínico, não estabelece nenhum vínculo de caráter empregatício com a **CRENCIANTE**, em função dos serviços prestados, caracterizando-se somente como prestadores de serviços.

3. DA COBERTURA DOS SERVIÇOS:

CLÁUSULA QUARTA – Os beneficiários da **CRENCIANTE** terão cobertura assistencial de acordo com a segmentação de plano de saúde indicada na carteira de identificação emitida e no limite do Rol de Procedimentos, segundo a Lei e regulamentos específicos do IMASF (Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo), que é uma Autarquia Municipal.

4. DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS:

CLÁUSULA QUINTA – Estão excluídos da cobertura deste **CRENCIAMENTO** os procedimentos, materiais e medicamentos experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes (Conselho Federal de Medicina - CFM, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Ministério da Saúde, e outros), consoante as respectivas atribuições legais.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

5. DO ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS DA CREDENCIANTE:

CLÁUSULA SEXTA – O atendimento aos beneficiários da **CREDENCIANTE**, relativamente aos serviços que constituem objeto do presente **CREDENCIAMENTO**, será realizado mediante o preenchimento dos documentos/relatórios, que deverão ser assinados pelo beneficiário e/ou responsável, quando da prestação do serviço.

§ 1º – O beneficiário deverá identificar-se com a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Carteira de Identificação do beneficiário emitida pela **CREDENCIANTE**, dentro do prazo de validade;
- b) Identidade do beneficiário ou responsável;
- c) Guia de serviço, devidamente preenchida assinada pelo médico assistente, assinada pelo usuário e autorizada pela **CREDENCIANTE**.

§ 2º – O **CREDENCIADO** será responsável pela verificação junto à **CREDENCIANTE**, dos documentos mencionados no § 1º, especialmente a data de validade da carteira do beneficiário, e o cumprimento do período de carência.

§ 3º – O atendimento de beneficiários cujas coberturas assistenciais estejam suspensas ou excluídas, mas que venham a apresentar carteiras de identificação, dentro do período de validade, e cujo fato não tenha sido formalmente comunicado ao **CREDENCIADO**, será considerado atendimento regular, não cabendo glosa simplesmente por esse motivo.

§ 4º – Os exames pré-operatórios deverão ser realizados antes da internação, exceto em casos de urgência ou emergência ou para aqueles previamente autorizados, sendo que o não cumprimento desse dispositivo implicará a glosa de todos os procedimentos realizados de forma irregular.

§ 5º – A incorporação de novos procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos, próteses, órteses, materiais, medicamentos, equipamentos e taxas, deverão ser previamente, acordados entre as partes, inclusive o fornecimento dos materiais pelo **CREDENCIANTE**, mediante solicitação do **CREDENCIADO**, acompanhada de justificativa baseada em evidências científicas, orientada por protocolos clínicos e estudo de custo-efetividade e custo-benefício, de modo a permitir avaliação da Auditoria Técnica do **CREDENCIANTE** e a viabilidade econômica do custeio, em tempo hábil para análise do **CREDENCIANTE**, mediante apresentação de orçamento com a necessária especificação técnica.

§ 6º - Para utilização dos medicamentos e materiais de alto custo e/ou especiais deverá ser solicitada autorização prévia ao **CREDENCIANTE**, que deverá manifestar-se, por escrito, em até 48 (quarenta e oito) horas antes da realização do procedimento, desde que a solicitação feita pelo **CREDENCIADO** tenha se dado com no mínimo 72 (setenta e duas) horas antes da realização do procedimento. Para os casos de urgência/emergência a avaliação se dará caso a caso.

§ 7º - Os procedimentos médicos que não constarem na tabela acordada, deverão ser discutidos e ajustados entre as partes.

[Handwritten signature]



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

§ 8º - O **CREENCIADO** compromete-se a prestar aos beneficiários do **CREENCIANTE** tratamento idêntico ao dispensado a particulares, bem como aos beneficiários de outras operadoras, sendo que qualquer tipo de discriminação constituirá causa para o imediato descredenciamento, sem embargo das demais medidas cabíveis.

§ 9º - Nos casos de urgência ou emergência, assim como em casos de atendimentos fora do horário de funcionamento do **CREENCIANTE** nos dias úteis (de segunda à sexta-feira das 08h00m às 17h30m) o **CREENCIADO** poderá prestar o atendimento ao beneficiário, sem autorização prévia, exigindo a apresentação dos documentos mencionados no § 1º, alíneas "a", e "b", cabendo ao **CREENCIADO** providenciar a guia de internação e autorização de procedimento ou exame no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, sob pena de ser considerado paciente particular, sendo vedada qualquer outra exigência a título de garantia.

§ 10º - Na hipótese do parágrafo anterior, o **CREENCIANTE** irá se responsabilizar pelo pagamento do tratamento efetuado em caráter de urgência ou emergência, desde que devidamente caracterizado e justificado pelo **CREENCIADO**.

§ 11º - Em todo o caso, caberá ao **CREENCIADO** tomar os cuidados referentes à identificação do beneficiário, de acordo com as informações constantes da carteira do usuário, sendo certo que não serão de responsabilidade do **CREENCIANTE** os atendimentos prestados com inobservância destes termos.

§ 12º - A qualquer tempo, mediante prévia comunicação do **CREENCIANTE** poderão ocorrer alterações quanto a sistemática da documentação comprobatória do atendimento e a respectiva cobrança adotadas no presente Credenciamento, em função do aperfeiçoamento da informatização do sistema.

6. DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA:

CLÁUSULA SÉTIMA - Os atendimentos de urgência/emergência serão realizados pelo **CREENCIADO**, em dependências específicas de Pronto Atendimento/ Pronto Socorro no período de 24 horas diárias.

CLAUSULA OITAVA - Para os casos de consulta de mesma patologia realizada diariamente na Urgência/Emergência, a auditoria do **CREENCIANTE** solicitará justificativa e analisará o pagamento das mesmas.

CLAUSULA NONA - Os exames e medicações inerentes ao atendimento e que necessitem de autorização, seguirão o disposto na cláusula 6ª - § 5º, 6º e 7º.

7. DOS ATENDIMENTOS DE AMBULATORIO:

CLAUSULA DÉCIMA - Entendem-se como atendimento ambulatorial, as consultas previamente agendadas nas especialidades firmadas no *Anexo* --- deste **CONTRATO**

8. DAS INTERNAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS:

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - As internações serão feitas de acordo com a disponibilidade de vagas, respeitada a acomodação do plano do beneficiário e que consta na carteira



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

de identificação, não se responsabilizando o **CREENCIADO**, quando suas acomodações estiverem totalmente ocupadas ou sua capacidade de atendimento saturada.

§ 1º - No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada, o paciente será internado em acomodação de nível superior, se existente, sendo imediatamente transferido caso ocorra vaga, sem quaisquer ônus adicionais para o **CREENCIANTE**, na hipótese de acomodação de padrão superior à autorizada.

§ 2º - Não havendo vaga em acomodação de nível superior, o beneficiário ou responsável poderá optar por internação em acomodação de nível inferior ao contratado, desde que assine termo de concordância. Nesta hipótese, deverá o **CREENCIADO** promover a internação com a cobrança do valor compatível com a acomodação utilizada e com os serviços médico-hospitalares.

§ 3º - As internações, as altas médicas e as transferências para outro hospital, serão de exclusivo critério e responsabilidade técnica do profissional médico que assiste o paciente.

§ 4º - Não será permitida a cobrança de serviços adicionais, diárias, taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos, sob qualquer pretexto, aos beneficiários da **CREENCIANTE**, cujos atendimentos sejam contratualmente assegurados e previamente autorizados.

§ 5º - As despesas de alimentação com acompanhantes correrão por conta do beneficiário, exceto para 01 (um) acompanhante de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, que deverá ser paga pela **CREENCIANTE**, salvo casos em que houver a necessidade de acompanhante por orientação clínica (médico e/ou enfermagem) e que não contempla as idades citadas.

§ 6º - As diárias serão contadas a partir da data de internação, independente do horário em que ocorrer, vencendo SEMPRE às 10(dez) horas, não sendo devida a diária correspondente à data da alta, exceto para os casos de óbito.

§ 7º - A **CREENCIANTE** não assumirá os custos relativos à acomodação de familiares ou acompanhantes do beneficiário, quando este estiver internado em “unidades especiais de tratamento”, tal como “UTI” - Unidade de Tratamento Intensivo, devendo a acomodação ser desocupada.

§ 8º - Para os procedimentos acordados como forma de pagamento pacote de utilização é necessário a checagem em prontuário da utilização dos mesmos, não podendo ser incluído avulso nenhum item constante no pacote acordado.

9. DOS VALORES DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS:

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA – A **CREENCIANTE** pagará ao **CREENCIADO** os valores dos serviços prestados, restrito aos procedimentos descritos nos Anexos deste TERMO DE CONTRATO.

§ 1º - Nos casos de exames e procedimentos não contemplados na tabela acordada, os valores devidos deverão ser previamente negociados com a **CREENCIANTE**;



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

§ 2º - É vedada a cobrança sob qualquer título ou pretexto, de adicionais, taxas e/ou valores complementares àqueles estabelecidos nas tabelas acordadas, exceto em caso de negociação.

§ 3º - Não serão remunerados pela **CREDECIANTE** as consultas ou retornos ambulatoriais de mesma patologia, com intervalos inferiores a 30 (trinta) dias, sendo que os casos não considerados como retorno deverão conter justificativa detalhada, patologia não relacionada ao diagnóstico da primeira consulta, excedendo no máximo 30% do total de consultas realizadas pelo mesmo profissional. Em caso de patologias específicas de cada especialidade, deverá ser remunerado apenas o médico especialista.

§ 4º - A **CREDECIANTE** não assume a responsabilidade pelo pagamento dos seguintes itens das contas de internação hospitalar, ressalvadas as hipóteses legais:

- a) Fornecimento de materiais, medicamentos, prótese e órteses importadas, mesmo ligadas ao ato cirúrgico, salvo prévia autorização da **CREDECIANTE**;
- b) Serviços prestados pelo **CREDECIAADO**, aos beneficiários do **CREDECIANTE** diferentes dos ajustados por este **CREDECIAAMENTO**;
- c) Diárias em tratamento que não exijam hospitalização, salvo se houver prévia autorização da **CREDECIANTE**;
- d) Investigação diagnóstica não justificada.

10. DO REAJUSTE:

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA – Os valores previstos neste **CREDECIAAMENTO** poderão ser reajustados, anualmente, pela aplicação do IGPM publicado pela Fundação Getúlio Vargas, ou outro que venha a substituí-lo, através de livre negociação entre as partes, e que deverão ser oficializados mediante Aditivo Contratual.

11. DA AUDITORIA TÉCNICA E ADMINISTRATIVA:

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA – À **CREDECIANTE** será reservado o direito de manter nas instalações do **CREDECIAADO** Auditores Técnicos de Saúde, previamente apresentados, com acesso aos prontuários médicos pertinentes, bem como todas as anotações e documentos que os compõem, tais como: boletins de anestesia, relatórios de cirurgias, resultados de exames, laudos, pareceres, notas fiscais e relatórios de enfermagem, mediante prévio acerto com o médico assistente, e as dependências vinculadas à prestação dos serviços e ao atendimento dos beneficiários, após prévio entendimento com a administração, respeitando as normas vigentes e a Resolução CFM 1614/2001 e Resolução COFEN nº 266/2001.

Parágrafo Único – A **CREDECIANTE** exercerá a verificação e análise dos serviços contratados, por intermédio de seus auditores, reservando-se o direito de emitir pareceres técnicos relativos a prestação dos serviços que não estejam de acordo com este instrumento contratual.

12. DO FATURAMENTO:

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA - O **CREDECIAADO** deverá encaminhar ao Setor de Revisão de Contas da **CREDECIANTE** até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a fatura, contendo:



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

- a) Relação de pacientes atendidos no mês anterior
- b) Guia de Solicitação / Atendimento
- c) Guia de Autorizações emitida pelo **CREDECIANTE** tais como de Internação, prorrogações, etc
- d) Ficha da Internação
- e) RGO – Registro Geral de Operações
- f) Termo de Uso de OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
- g) Guia Resumo da Internação contendo todas as despesas relacionadas ao serviço realizado pelo **CREDECIANTE**
- h) As informações dos atendimentos deverão ser encaminhadas por meio de arquivo eletrônico, em padrão definido entre as partes.

4. Nota Fiscal no valor total que correspondam aos serviços realizado pelo **CREDECIANTE.**

§ 1º - Os documentos em impressos padronizados apresentados para pagamento, deverão conter assinatura do beneficiário atendido ou seu responsável, carimbo e assinatura do médico responsável pelo atendimento.

§ 2º - A **CREDECIANTE** rejeitará, no todo ou em parte, os documentos em impressos padronizados que contiverem incorreções de quaisquer naturezas (rasuras, ausência de datas e/ou assinaturas etc.) ficando desobrigado do pagamento correspondente, até que sejam regularizados pelo **CREDECIANTE**.

§ 3º - As faturas apresentadas à **CREDECIANTE**, para pagamento, serão analisadas com o seguinte critério:

- a) Até 60 (sessenta) dias, a contar da data do atendimento ambulatorial ou da alta hospitalar, o pagamento será efetuado dentro do previsto no § 4º desta cláusula;
- b) Para contas apresentadas entre 60 (sessenta) e 90 (noventa) dias corridos, após a data de alta ou atendimento ambulatorial; os valores apresentados sofrerão descontos automáticos de 5% (cinco por cento);
- c) Serão rejeitadas pela **CREDECIANTE**, que ficará isenta do pagamento, as contas apresentadas com mais de 90 (noventa) dias após a alta, ou consulta ambulatorial.

§ 4º - As contas, ainda que parciais (considera-se parcial a cada 15 dias de internação) deverão ser totalizadas até o último dia útil de cada mês e entregues até o 5º dia útil do mês subsequente, sendo que o pagamento será efetuado no 5º dia útil do mês subsequente à entrega do faturamento.

§ 5º - As contas apresentadas pelo **CREDECIANTE** que apontarem valores não reconhecidos pela **CREDECIANTE** serão pagas em seu vencimento, com a dedução da parcela glosada, devidamente acompanhada de justificativa técnica e/ou administrativa.

§ 6º - O **CREDECIANTE** poderá apresentar recurso de glosa, em até 45 (quarenta e cinco) dias após o recebimento do demonstrativo de processamento. Caso seja apresentado recurso pelo **CREDECIANTE** a auditoria da **CREDECIANTE** poderá manifestar-se em prazo idêntico, desde que o **CREDECIANTE** disponibilize à equipe de auditoria, toda a documentação, material e dados necessários para a reavaliação da glosa. Transcorridos os prazos consignados nesta cláusula sem manifestação das partes, a glosa ou recurso serão acatados e considerados definitivos.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

§ 7º - A Seção de Revisão de Contas da **CREDECIANTE**, mediante a análise administrativa, reserva-se o direito de glosar, total ou parcialmente, os procedimentos, inclusive medicamentos e produtos ministrados aos beneficiários, e serviços apresentados na fatura, caso haja alguma irregularidade. Ocorrendo glosas, estas serão deduzidas da fatura apresentada e seguirão as orientações contidas no § 6º.

13. DO PAGAMENTO:

CLÁUSULA DÉCIMA-SEXTA – A **CREDECIANTE** efetuará o pagamento ao credenciado pelos serviços prestados, observadas as tabelas vigentes, no 5º (quinto) dia útil do mês subsequente da apresentação da documentação probatória dos serviços efetivamente prestados, através de depósito bancário em indicada pelo **CREDECIAADO**, conforme item 2.1.2 do Edital

- a) Os pagamentos serão efetuados desde que mantidas as mesmas condições iniciais de habilitação, e cumpridos os seguintes requisitos:
- b) apresentação de nota fiscal/fatura, acompanhada da Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa da Previdência Social e do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;
- c) inexistência de fato impeditivo para o qual tenha concorrido o credenciado.
- d) Nenhum pagamento será efetuado ao credenciado enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação. Esse fato não será gerador de direito a reajustamento de preços ou de atualização monetária.
- f) O recebimento não exclui as responsabilidades civil e penal do credenciado.

14. DOS ENCARGOS FINANCEIROS:

CLÁUSULA DÉCIMA-SÉTIMA – No caso de atraso no pagamento das notas fiscais de serviços/faturas, os valores serão acrescidos de juros de mora de 1%(um por cento) ao mês, calculado “pro rata die”, até a data de sua efetiva realização, ressalvados os atrasos de pagamento por insuficiência de documentos, ou que contenham irregularidades conforme mencionado anteriormente

Parágrafo Único – Nos termos do artigo 393 do Código Civil, nenhum encargo financeiro poderá ser exigido desde que o inadimplemento da obrigação decorra de caso fortuito ou de força maior, devidamente comprovado.

15. DOS ENCARGOS TRIBUTÁRIOS, SOCIAIS E PREVIDENCIÁRIOS:

CLÁUSULA DÉCIMA-OITAVA - O **CREDECIAADO** é responsável por todos os encargos tributários, sociais e previdenciários que incidam ou venham a incidir sobre os valores dos serviços prestados, permitindo à **CREDECIANTE** efetuar as retenções e os recolhimentos previstos em lei.

§ 1º – É dever do **CREDECIAADO** apresentar, sempre que solicitado pela **CREDECIANTE**, os documentos devidamente atualizados que comprovem sua regularidade fiscal.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

§ 2º – O **CREDCIADO** assume os ônus fiscais e as obrigações tributárias inerentes aos pagamentos oriundos deste ajuste, bem como a responsabilidade de desdobramentos da fatura aqui referida, retenção de tributos definidos por Lei, distribuição de créditos individuais a seus colaboradores, com os quais a **CREDCIANTE** não tem qualquer vínculo laboral.

16. DA RESPONSABILIDADE:

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – Cada uma das partes assume a responsabilidade integral e exclusiva no cumprimento de suas obrigações contratuais. A responsabilidade civil das partes rege-se-á pela legislação em vigor, ressalvado, em qualquer hipótese, o direito de ação regressiva.

17. DA DIVULGAÇÃO:

CLÁUSULA VIGÉSIMA – O **CREDCIADO** autoriza a inclusão de sua razão social, nome fantasia, endereço completo com CEP e telefones, em seu sítio da internet para conhecimento dos beneficiários da **CREDCIANTE**.

§ 1º – A **CREDCIANTE** compromete-se a divulgar e orientar seus participantes sobre os serviços prestados pelo **CREDCIADO**, bem como os critérios para sua utilização.

§ 2º – Do mesmo modo, compromete-se o **CREDCIADO** a divulgar entre seu corpo administrativo e de profissionais cadastrados, os serviços que serão prestados aos beneficiários da **CREDCIANTE** e a orientá-los quanto ao teor do **CREDCIAMENTO** e aos critérios para sua operacionalização.

§ 3º – O **CREDCIADO** autoriza a inclusão de seus dados cadastrais em circulares, manuais e demais meios de veiculação da **CREDCIANTE**, salvo sua recusa por escrito protocolizada junto à mesma ou a quem por ela for para tanto indicado.

§ 4º – Constitui obrigação das partes comunicar qualquer mudança em seus dados cadastrais, no que couber, num prazo máximo de 10 (dez) dias de sua efetivação.

§ 5º – As partes são responsáveis pela veracidade, exatidão e atualização de todas as informações prestadas e, no caso de descumprimento, responderá pelos danos ou obrigações consequentes de eventual incorreção apurada.

18. DAS COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES:

CLÁUSULA VIGÉSIMA-PRIMEIRA – Quaisquer notificações e/ou comunicações formais entre as partes relacionadas ao presente contrato serão feitas, obrigatoriamente, através de carta com aviso de recebimento – AR, ou com recibo dado pela outra parte, no caso de entrega pessoal, enviadas em mídia eletrônica (seguido de resposta com indicação do conteúdo do texto recebido).

Parágrafo Único – O **CREDCIADO** deverá comunicar à **CREDCIANTE** qualquer interrupção de atendimento com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, salvo na ocorrência de caso fortuito ou de força maior.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

19. DAS SANÇÕES:

CLAUSULA VIGÉSIMA-SEGUNDA – Pela execução insatisfatória dos serviços, tais como cobranças de procedimentos não realizados ou indevidos, omissão e outras faltas, bem como, pelo descumprimento de qualquer das condições constantes nas Instruções Gerais da **CRENCIANTE**, sujeitar-se-á o credenciado às seguintes penalidades:

- a) advertência;
- b) multa de 0,3% (três décimos por cento) ao dia sobre o valor estimado da contratação, no caso de falhas na execução do objeto, limitado a 30 (trinta) dias;
- c) multa de 10% (dez por cento) sobre o valor estimado da contratação, no caso de inexecução da obrigação assumida;
- d) suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com a **CRENCIANTE**, pelo prazo de até 2 (dois) anos;
- e) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

§ 1º - O valor da multa, aplicada após o regular processo administrativo, será descontado de pagamentos eventualmente devidos pela **CRENCIANTE** ao **CRENCIADO** ou cobrado judicialmente.

§ 2º - As sanções previstas nas alíneas “a”, “d” e “e” desta cláusula podem ser aplicadas cumulativamente ou não à pena de multa.

§ 3º - As penalidades previstas nas alíneas “d” e “e” desta cláusula também poderão ser aplicadas ao **CRENCIADO**, conforme o caso, que tenha sofrido condenação definitiva por fraudar recolhimento de tributos, praticar ato ilícito visando frustrar os objetivos do **CRENCIAMENTO** ou demonstrar não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública.

20. DA VIGÊNCIA:

CLÁUSULA VIGÉSIMA-TERCEIRA - O presente **TERMO DE CONTRATO** terá vigência de 05 (cinco) anos consecutivos, a partir de sua publicação, perdurando os seus efeitos durante este período enquanto houver interesse da Administração (IMASF).

21. DO DESCRENCIAMENTO/RESCISÃO:

CLÁUSULA VIGÉSIMA-QUARTA – O presente credenciamento tem caráter precário e, por isso, a qualquer tempo a **CRENCIANTE** poderá denunciar o presente **CRENCIAMENTO**, caso seja constatada qualquer irregularidade ou inobservância no cumprimento das normas fixadas neste **TERMO DE CRENCIAMENTO**, no Edital a que se subordina ou na legislação pertinente, em especial o artigo 78, da Lei nº 8.666/93, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa, ou, ainda, pelo **CRENCIADO**, no seu próprio interesse.

§ 1º - O **CRENCIADO** que desejar solicitar o descredenciamento deverá fazê-lo mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devidamente protocolizado junto ao IMASF, afim que seja dada ampla divulgação.



IMASF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

§ 2º – Conforme estabelecido na cláusula 20º deste Instrumento, a vigência do Termo de Contrato para Credenciamento será de 05 (cinco) anos, podendo o IMASF unilateralmente rescindir o Termo a qualquer tempo, caso se verifique e comprove-se durante os períodos de execução dos serviços que os valores praticados no mercado encontram-se abaixo daqueles estimados neste Instrumento

22. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

CLAUSULA VIGESIMA QUINTA - As despesas decorrentes da prestação de serviços objeto deste Contrato correrá à conta da dotação orçamentária nº -----
----- Assistência Médica Hospitalar Ambulatorial Obstétrica, consignada ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo – IMASF,

23. DO VALOR ESTIMADO NO CONTRATO:

CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA - O presente contrato tem seu valor estimado em R\$ 1.200.000,00 (seiscentos e sessenta mil reais).

24. DO FORO:

CLAUSULA VIGÉSIMA-SETIMA - Para dirimir possíveis dúvidas de interpretação ou execução do presente **CREDENCIAMENTO**, as partes elegem o Foro da Comarca de São Bernardo do Campo, com renúncia expressa de qualquer outro, ainda que privilegiado.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento de **CONTRATO** em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, obrigando-se ao seu integral e fiel cumprimento.

São Bernardo Campo,

.....
.....

CREDENCIADO :

Diretora Superintendente
CREDENCIANTE : IMASF - Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo

Testemunhas:

1. Assinatura: _____
Nome: _____
RG: _____ CPF: _____

2. Assinatura: _____
Nome: _____
RG: _____ CPF: _____