

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 21205.000083/2019-29	CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE
CONTRATO DE CREDENCIAMENTO	SERVIÇOS MÉDICOS QUE ENTRE SI
Nº 101 / 2020	CELEBRAM A COMPANHIA NACIONAL DE
AUTORIZADO PELO TERMO DE	ABASTECIMENTO – CONAB E O HOSPITAL
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO	SÃO RAFAEL S.A, (INEXIGIBILIDADE DE
Nº 001 / 2020	LICITAÇÃO: DO ART. 421 DO RLC Nº
	10.901/2017).

A **COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB**, pessoa jurídica de direito privado, com registro de autogestão patrocinada singular em saúde, sem fins lucrativos, na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 33.418-9, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 26.461.699/0001-80; com sede no SGAS Q. 901 Bloco A Lote 69, Asa Sul, Brasília-DF, e Superintendência Regional no Estado da Bahia, sítio à Av. Antônio Carlos Magalhães, nº 3480, 4º andar, Edifício Capemi, Pituba, Salvador/BA, CEP.: 41.800-700, inscrita no CNPJ sob o nº **26.461.699/0061-11**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Superintendente Regional, Sr. Franklin José Andrade Gomes, brasileiro, portador da cédula de identidade – RG nº 03513294-98, expedido pela SSP/BA, inscrito no CPF sob o nº 658.357.865-49, e por seu Gerente de Finanças e Administração, Sr. Luís Edmundo Pinto Cabral, brasileiro, portador da cédula de identidade – RG nº 8397852-67, expedida pela SSP/BA, inscrito no CPF sob o nº 780.913.225-34, e de outro lado, o **HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A**, mediante registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS/MS nº 511, de 29/12/2000, sob o nº 003808, com sede na Av. São Rafael, nº 2152 – São Marcos, Salvador-BA, CEP: 41.253-190, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **27.372.066/0001-69**, neste ato representado pelo Sr. Rafael de Castro Penalva Vita, portador da Cédula de Identidade – RG nº 04755651-00, expedida pela SSP-BA, e inscrito no CPF sob o nº 497.570.575-04 e pelo Sr. Alfredo Benjamin Martini Neto, portador da Cédula de Identidade – RG nº MG-1.082.160, expedida pela PC-MG, e inscrito no CPF sob o nº 379.326.756-34, infra-assinado, doravante denominada **CONTRATADA**, têm entre si, justo e contratado as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O objeto do presente Contrato é o credenciamento, em regime de execução por empreitada por preço unitário, para a prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais especializados, pela **CONTRATADA** destinados aos **TITULARES e DEPENDENTES TÍPICOS**, excluídos os DEPENDENTES ATÍPICOS.

1.2 **Tipo de prestador:** Hospital geral, com prestação de serviço integral, exceto Obstetrícia.

- I. **Especialidades:** Alergologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia do aparelho digestivo, Cirurgia pediátrica, Cirurgia plástica, Cirurgia torácica, Cirurgia cardíaca, Cirurgia

















Conab Companhia Nacional de Abastecimento

oncológica, Cirurgia cabeça e pescoço, Clínica da dor, Clínica Médica, Dermatologia, Gastroenterologia, Gastrohepatologia, Ginecologia, Hematologia, Geriatria, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, pediatria e Puericultura, Proctologia, Pneumologia e Tisiopneumologia, Reumatologia e Urologia e outras que vierem a ser desenvolvidas durante a vigência contratual, desde que estejam dentro do rol das especialidades cobertas pela Conab, com valores cobrados de acordo com a tabela contratada à época da solicitação para inclusão da especialidade.

II. Serviços: Anatomia Patológica e Histopatologia, Arteriografia, Citopatologia, Eletrocardiografia, Elterocardiografia Dinâmica, Endoscopia Digestiva Alta, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hemoterapia, Medicina Nuclear, patologia Clínica, Quimioterapia, Radiologia, radiologia Intervencionista, Radioterapia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Diálise Peritoneal e Hemodiálise, Hemodinâmica e outros que vierem a ser desenvolvidos durante a vigência contratual, desde que estejam dentro do rol dos serviços cobertos pela Conab, com valores cobrados de acordo com a tabela contratada à época da solicitação para inclusão do serviço.

III. Regime de atendimento: O atendimento será realizado nas dependências da **CONTRATADA**, na Av. São Rafael, nº 2152 – São Marcos, Salvador-BA, CEP: 41.253-190; Em regime Hospitalar: Internamento, Hospital Dia, Terapia Intensiva, Semi-intensiva e Bloco Cirúrgico. Em Regime Médico Hospitalar e em Regime de Urgência e Emergência 24 horas.

IV. Anexos do Termo de Referência: ANEXO V – LISTA DE SERVIÇOS E/OU ESPECIALIDADES POR REGIÃO; ANEXO VI – LISTA DE SERVIÇOS E/OU PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELA CONAB; ANEXO XIV – PROTOCOLOS OPERACIONAIS;

1.3 Honorários Médicos e SADT: CBHPM 5ª Edição 2009 (UCO = R\$ 12,00);

1.4 Integram este contrato:

1.4.1 ANEXO I – HABILITAÇÃO GERAL – TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS;

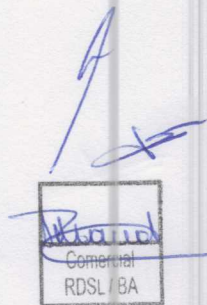
1.4.2 ANEXO II – PACOTES E VALORES DIFERENCIADOS.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS BENEFICIÁRIOS

2.1 São Beneficiários para efeito de utilização do Serviço de Assistência à Saúde – SAS da Companhia Nacional de Abastecimento – Conab os **TITULARES** e **DEPENDENTES TÍPICOS**, excluídos os DEPENDENTES ATÍPICOS, a seguir qualificados:

I. TITULARES

- empregados do quadro de pessoal da Companhia;
- membrs da Diretoria, não pertencentes ao quadro de pessoal próprio, enquanto permanecerem nos cargos;





- c. pessoal contratado para o exercício de função de confiança na Companhia, enquanto permanecerem nas funções; e
- d. empregados de outros órgãos, à disposição da Companhia, com ônus para esta.

II. **DEPENDENTES TÍPICOS**

- a. cônjuges;
- b. companheiro(a) com coabitação por tempo superior a 2 (dois) anos, ou com a existência de filhos em comum;
- c. filhos e enteados, solteiros, de qualquer condição, menores de 21 (vinte e um) anos, ou inválidos de qualquer idade;
- d. filhos e enteados, solteiros, menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que dependentes econômicos e que sejam estudantes universitários;
- e. menores de 21 (vinte e um) anos que, por decisão judicial, se encontrem sob a guarda do beneficiário titular ou respectivo cônjuge;
- f. tutelados, solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos, desde que não possuam bens suficientes para o sustento próprio; e
- g. curatelados, solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos, ou incapazes sem limite de idade.

III. **DEPENDENTES ATÍPICOS**

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

CLÁUSULA TERCEIRA – DA COBERTURA ASSISTENCIAL

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

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

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

CLÁUSULA QUARTA – DA CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

4.1. SERVIÇOS SERIADOS

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



4.2. SERVIÇOS HOSPITALARES

São aqueles destinados aos **TITULARES** e **DEPENDENTES TÍPICOS**, excluídos os **DEPENDENTES ATÍPICOS** e compreende: Internações Clínicas e Cirúrgicas; Atendimento Eletivo/Urgência/Emergência 24 horas; Hemoterapia; Exames Laboratoriais de Análises Clínicas e demais serviços de diagnose e terapia; Atendimento Ambulatorial/Externo para Exames de Imagem e Laboratoriais de Análises Clínicas; UTI Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UTI Materna; *Day Clinic*, observados os Protocolos Operacionais descritos no ANEXO XIV.

4.3. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

São aqueles destinados aos **TITULARES** e **DEPENDENTES TÍPICOS**, excluídos os **DEPENDENTES ATÍPICOS** e compreende: procedimentos odontológicos especificados no Referencial Odontológico adotado pelo SAS e realizados por especialistas contratados.

CLÁUSULA QUINTA – DA IDENTIFICAÇÃO E DO ATENDIMENTO

5.1 Conforme previsto nos Itens **04 – Das Definições** e **10 – Do Atendimento** do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA SEXTA – DOS SERVIÇOS NÃO ACOBERTADOS

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DA INTERNAÇÃO

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

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

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

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

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



[Handwritten signature]





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

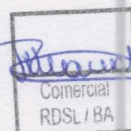
- 7.6 Os serviços de hotelaria hospitalar serão pagos na forma de diárias e taxas, conforme **ANEXO VII – TABELAS REFERENCIAIS ADOTADAS PELA CONAB**, que trata da remuneração dos serviços.
- 7.7 Nos casos de óbito, o dia do falecimento computar-se-á como diária.
- 7.8 Não se aplica a indivisibilidade da primeira diária aos procedimentos submetidos ao regime de *Day Clinic*. Poderá ser cobrada diária completa nos casos com justificativa médica, oportunidade em que haverá prorrogação da internação, acima de 12 (doze) horas.
- 7.10 A **CONTRATANTE** não pagará outra acomodação concomitantemente com a de UTI, CTI, Unidade Coronariana, Unidade de Queimados ou Semi-intensivo (Unidade Intermediária), para o mesmo beneficiário.
- 7.11 Resta à **CONTRATANTE** a cobertura de despesas com acompanhante apenas no caso de **Dependente Típico**, na condição de internado, desde que tenha idade inferior a 18 (dezoito) anos ou ainda aquele com perfil etário igual ou superior a 60 (sessenta anos), respectivamente, na forma estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e Resolução Normativa – RN/ANS nº 167, de 09 de janeiro de 2008, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, garante, em seu art. 16, inciso I, cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, Resolução Normativa – RN/ANS nº 167 (art. 15 inciso II).
- 7.12 Os eventuais gastos extraordinários, tais como refeições de acompanhantes, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas pessoais, telefonemas e outros, não cobertos pela **CONTRATANTE** serão cobrados pela **CONTRATADA** diretamente ao paciente ou responsável, sem intervenção da **CONTRATANTE**.
- 7.13 Nos casos de internação prolongada, as contas deverão ser fechadas parcialmente, sendo encaminhadas à **CONTRATANTE** na data prevista do faturamento, acompanhadas de toda a documentação pertinente ao período faturado. A **CONTRATADA** deve identificar à qual parcial refere-se a fatura apresentada (1ª parcial, 2ª parcial, etc.), não cabendo parcial inferior a 07 dias, exceto no encerramento da conta.
- 7.14 A prorrogação de internação deverá ser formalizada no dia do vencimento da internação inicial, mediante apresentação de relatório do médico assistente, justificando a prorrogação pleiteada, ficando a **CONTRATANTE** responsável por autorizar a solicitação em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

CLÁUSULA OITAVA – DO VALOR DO CONTRATO

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

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

- 9.1 O Contrato terá vigência de 5 (cinco) anos, a partir da data de sua assinatura.





CLÁUSULA DÉCIMA – DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

10.1 Não se exigirá prestação de garantia para a execução contratual em razão do disposto no Item 13 deste Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

11.1 Conforme disposto nos Itens 14, 15 e 16 do Termo de Referência – TR, bem como no RLC.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 As despesas decorrentes com o futuro credenciamento correrão à conta do PTRES Nº: 086347; Natureza de Despesa: 33.90.39 – Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, Fonte: 0100000000;

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E CONTRATADA

13.1 Conforme disposto nos Itens 18 e 19 do Termo de Referência – TR.

13.2 A Contratada deverá manter, durante a execução do contrato, as condições assumidas quando da habilitação, em especial quanto às suas regularidades jurídicas, legais, fiscais e trabalhistas;

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

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

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

15.1 A Fatura de Serviços deverá ser entregue e protocolada no Setor de Recursos Humanos da CONAB, Sureg/BA, na Av. Antônio Carlos Magalhães, nº 3840, 4º andar, Edifício Capemi, Pituba, CEP: 41.800-700, Salvador/BA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA REMUNERAÇÃO E DO PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

16.1 Honorários Médicos e SADT: CBHPM 5ª Edição 2009 (UCO = R\$ 12,00).

Procedimentos constantes do Rol de Cobertura da ANS. Para os procedimentos constantes no Rol da ANS que não constam na CBHPM acordada, serão utilizados os códigos TUSS das tabelas subsequentes com remuneração de Porte e UCO da tabela vigente.

16.2 Consulta Eletiva e Pronto Socorro: R\$ 100,00 (Cem Reais).

16.3 Consulta ou sessão de Fonoaudiologia para pacientes internados: R\$ 100,00 (Cem reais).

16.4 Consulta ou sessão de Psicologia para pacientes internados e pacientes oncológicos em ambulatório: R\$ 65,00 (Sessenta e cinco reais).

16.5 Filme: Conforme Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente na data do atendimento – valor atual de R\$ 28,87m².

16.6 Visita Hospital independente do tipo de acomodação: R\$ 140,00 (Cento e quarenta reais)

16.7 Medicamentos, Medicamentos Restritos Hospitalares, Medicamentos manipulados, Dietas e Suplementações: Serão pagos pelo Brasindice na condição de Preço Máximo ao





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

consumidor (PMC) que já contempla o acréscimo da margem de operacionalização. Nos casos em que não conste o Preço Máximo ao Consumidor, será acrescida taxa de operacionalização de 38% (trinta e oito por cento) ao preço de fábrica. Na ausência de referência no Brasíndice, será pago valor da Nota Fiscal acrescido da taxa de operacionalização de 30% (trinta por cento).

Os medicamentos publicados no Brasíndice, definidos como de "uso restrito a hospitais e clínicas" deverão ser remunerados através do Preço de Fábrica, da data de realização do atendimento, conforme a Resolução nº 3, de 04 de maio de 2009 do CMED, com acréscimo de taxa de serviços de seleção, programação armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados, conforme define a Resolução Normativa ANS nº 241, de 03 de dezembro de 2010.

Especificamente os medicamentos quimioterápicos que possuem como princípio ativo as substâncias listadas no Convênio de ICMS 162/1994 e suas alterações, serão remunerados pelo valor como desoneração do ICMS, sobre o qual incidirá taxa de serviço de 20% (vinte por cento) calculada sobre o valor do Preço de Fábrica da data de realização do atendimento.

16.8 Materiais Descartáveis: Serão pagos pela tabela SIMPRO, acrescido da margem de operacionalização de 10%. Na ausência de referência SIMPRO será pago o valor da Nota Fiscal acrescido da margem de operacionalização de 30%.

16.9 OPO (Órteses, Próteses e Osteossíntese): Dependem de prévia autorização. Em casos de urgência e emergência, o credenciado tem até 24 horas úteis da utilização de materiais para comunicar a credenciada, ficando a definição sobre a concessão à autorização do pagamento por parte da credenciada até igual prazo. Serão pagos pela tabela SIMPRO, acrescido da margem de operacionalização de 10%. Na ausência de referência SIMPRO, será cobrado o valor de Nota Fiscal acrescido da taxa de comercialização de 20%.

ME (Materiais Especiais): remunerados de acordo com a Tabela SIMPRO com acréscimo de 10% de taxa de serviço. Os itens que futuramente forem excluídos da SIMPRO, utilizada contratualmente como referência de preços, seguirão os últimos preços publicados, baseado e codificado conforme a última versão na qual constaram do presente guia com o acréscimo do percentual negociado para a taxa de serviço de 10%.

16.10 Contas Parciais: Serão apresentadas contas parciais em caso de permanência do beneficiário em regime de internação no prazo superior a 7 (sete) dias.

16.11 Auditoria das contas: A auditoria e consenso das contas de internamento, emergência e medicação de alto custo deve ocorrer *in loco*, evitando assim glosa posterior.

16.12 Congelamento das Revistas SIMPRO/ BRASÍNDICE para remuneração de materiais e medicamentos, nos casos em que o item deixou de ser publicado nas referidas revistas, mantendo-se a codificação e valor da última publicação, com garantia de reajuste anual a ser acordado entre as partes.





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

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

17.1 Conforme disposto no Item 23 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

19.1 Conforme disposto no Item 25 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA RESCISÃO

20.1 Conforme disposto no Item 26 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA SUBCONTRATAÇÃO

21.1 Não será admitida a subcontratação do objeto do credenciamento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA MATRIZ DE RISCOS

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

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO

23.1 Conforme disposto no Item 29 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA ALTERAÇÃO SUBJETIVA

24.1 Conforme disposto no Item 30 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DAS VEDAÇÕES

25.1 Conforme disposto no Item 31 do Termo de Referência – TR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DA VINCULAÇÃO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

27.1 Aplicar-se-á, inclusive aos casos omissos, a Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, o Regulamento de Licitações e Contratos – RLC, e respectivas alterações, bem como demais legislações pertinentes em vigor referente ao exercício dos serviços,





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

objeto deste Credenciamento, e consignada nos Conselhos Federais e Regionais das respectivas Classes Profissionais, bem como dos próprios Códigos de Ética, Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais órgãos competentes.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DOS ENCARGOS DE NATUREZA TRIBUTÁRIA

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

29.5 A **CONTRATANTE** e seus beneficiários deverão respeitar e obedecer ao Regulamento Interno da **CONTRATADA**, bem como, as normas e rotinas que venham a





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

ser editadas, desde que não conflitantes com os termos e condições do presente Contrato.

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

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

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

CLÁUSULA TRIGÉSIMA – DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA – DO FORO

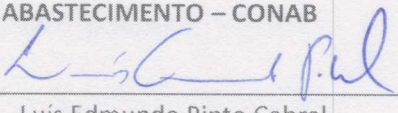
31. As partes elegem o foro da circunscrição da Justiça Federal do Estado da Bahia, da Cidade de Salvador, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas, omissões e solucionar conflitos que porventura surjam na execução deste instrumento contratual, que não puderem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

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

Salvador-BA, 17 de janeiro de 2020

CONTRATANTE: COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB


Franklin José Andrade Gomes
Superintendência Regional da Bahia
Superintendente

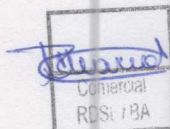

Luís Edmundo Pinto Cabral
Gerência de Administração e Finanças
Gerente

HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A


Rafael Vita
Diretor Médico
CRM 11872
Hospital São Rafael S/A

Rafael de Castro Penalva Vita

Página 10 de 33





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

Representante Legal

Alfredo Benjamin Martini Neto

Representante Legal

ALFREDO MARTINI
DIRETOR GERAL
Hospital São Rafael S.A.

TESTEMUNHAS:

Nome: José Luiz de Castro Júnior CPF: 806.159.707-10

Nome: Roberto Lima Macedo dos Reis CPF: 888.133.245-53





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

PROCESSO ADMINISTRATIVO

Nº 21205.000108/2019-94

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

Nº 101 / 2020

ANEXO I – HABILITAÇÃO GERAL – TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS

1. Tipo de Prestador

1.1. Hospital geral, com prestação de serviço integral, exceto Obstetrícia.

2. Regime de Atendimento

2.1. Regime Hospitalar: Internamento, Hospital Dia, Terapia Intensiva, Semi-Intensiva e Bloco Cirúrgico.

2.2. Regime Médico Hospitalar

2.3. Regime de Urgência e Emergência 24 horas

3. Padrão de Acomodação

3.1. Apartamento

3.2. Enfermaria

4. Especialidades e Serviços Credenciados

4.1. Especialidades: Alergologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia Torácica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Clínica da Dor, Clínica Médica, Dermatologia, Gastroenterologia, Gastrohepatologia, Ginecologia, Hematologia, Geriatria, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Puericultura, Proctologia, Pneumologia e Tisiopneumologia, Reumatologia e Urologia e outras que vierem a ser desenvolvidas durante a vigência contratual, desde que estejam dentro do rol das especialidades cobertas pela Conab, com valores cobrados de acordo com a tabela contratada à época da solicitação para inclusão da especialidade.

4.2. Serviços: Anatomia Patológica e Histopatologia, Arteriografia, Citopatologia, Eletrocardiografia, Elterocardiografia Dinâmica, Endoscopia Digestiva Alta, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hemoterapia, Medicina Nuclear, Patologia Clínica, Quimioterapia, Radiologia, Radiologia Intervencionista, Radioterapia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Diálise Peritoneal e Hemodiálise, Hemodinâmica e outros que vierem a ser desenvolvidos durante a vigência contratual, desde que estejam dentro do rol dos serviços cobertos pela Conab, com valores cobrados de acordo com a tabela contratada à época da solicitação para inclusão dos serviços.

Página 12 de 33



5. DIÁRIAS E ACOMODAÇÕES:

TUSS	DESCRIÇÃO	PREÇOS
60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	R\$ 737,12
60000686	DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE APARTAMENTO STANDARD	R\$ 847,68
60000775	DIÁRIA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO	R\$ 432,60
60000783	DIÁRIA DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA	R\$ 234,96
60000929	DIÁRIA DE SEMI-UTI ADULTO GERAL	R\$ 1.135,88
60001275	DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE SEMI-UTI ADULTO GERAL	R\$ 1.306,27
60001038	DIÁRIA DE UTI ADULTO GERAL	R\$ 1.778,74
60001330	DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI ADULTO GERAL	R\$ 2.045,56
60001054	DIÁRIA DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA	R\$ 1.643,40
60001356	DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA	R\$ 1.889,90

5.1. Período:

- Compreende o período de ocupação do paciente das 10h às 10h do dia seguinte, com tolerância de 2 horas sendo a mesma indivisível para efeito de cobrança.

5.2. Descrição das Acomodações:

- Apartamento Standard: Composto de quarto com acomodação para acompanhante e banheiro privativo;
- Enfermaria (2 ou mais leitos): Composto de quarto coletivo com banheiro comum sem acompanhante;
- Unidade de Terapia Semi-Intensiva - UTSI: Acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente;
- Unidade de Terapia Intensiva - UTI: Acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente;
- UTI Pediátrica: Acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente;
- Apartamento Day Hospital Standard: Composto de quarto com acomodação para acompanhante, banheiro privativo, não corresponde a uma diária convencional;

5.3. Transferência de Acomodação:

- Quando ocorrer transferência do paciente para outra unidade dentro do hospital, exemplo: de UTI para apartamento ou inverso, a cobrança da diária será correspondente ao aposento onde o paciente permaneceu maior número de horas, sendo pertinente a cobrança proporcional do tempo de utilização dos equipamentos quando da transferência da UTI para apartamento.

5.4. Estão inclusos no preço da Diária de Apartamento/Enfermaria:

- Leito Próprio (cama/ berço);
- Taxas Administrativas: Registro de internação;









Conab Companhia Nacional de Abastecimento

- Dieta do paciente de acordo com prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementações;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante (quando previsto);
- Materiais de uso e cuidados na higiene do paciente e desinfecção ambiental;
- Desjejum do acompanhante;
- Éter, álcool, luvas de procedimento não estéreis;
- Cuidados de Enfermagem, tais como:
- Administração de medicamentos para todas as vias;
- Preparo, instalação e manutenção de venoclise e aparelhos;
- Controle de diurese;
- Aspiraões (pela enfermagem), inalações;
- Mudança de decúbito;
- Locomoção interna do paciente;
- Preparo do corpo para procedimentos médicos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, entre outros);
- Preparo de corpo em caso de óbito;
- Transporte de equipamentos (Raio x, Eletrocardiógrafo, Ultra-som, etc);

5.5. Estão inclusos no preço das Diárias de UTI e Semi – Intensiva:

Todos os itens que compõe as diárias normais, acrescidas de:

- Monitor de Ritmo Cardíaco;
- Monitor de Pressão Arterial Não Invasiva;
- Oxímetro de Pulso;
- Bomba de Infusão, exceto para alimentação enteral;
- Aspirador a Vácuo, exceto para aspiração contínua;
- Desfibrilador/Cardioversor;

5.6. Estão inclusos no preço da Diária de UTI Pediátrica

Todos os itens que compõe as diárias de apartamento, acrescida de:

- Monitor de Ritmo Cardíaco;
- Monitor de Pressão Arterial Não Invasiva;
- Oxímetro de Pulso;
- Bomba de Infusão, exceto para alimentação enteral;
- Aspirador a Vácuo, exceto para aspiração contínua;
- Desfibrilador/Cardioversor;
- Berço Aquecido;
- Berço Calor Irradiante;
- Incubadora;
- Monitor Fetal/Cardiotacografo;

5.7. Não estão inclusos no preço das Diárias

- Materiais Descartáveis e Medicamentos, exceto os descritos na composição das diárias;
- Honorários Médicos;
- Gases Medicinais;





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

- Sangue e Hemoderivados;
- OPME;

6. TAXA DE SALA CIRÚRGICA - PORTE 0 A 8:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60023090	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	R\$ 270,68
60023104	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 1	R\$ 526,85
60023112	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 2	R\$ 676,70
60023120	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 3	R\$ 838,63
60023139	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 4	R\$ 1.121,38
60023147	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 5	R\$ 1.418,65
60023155	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 6	R\$ 1.807,74
60023163	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7	R\$ 2.298,35
60023171	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 8	R\$ 2.697,12

6.1 Estão inclusos na taxa de Sala Cirúrgica:

- Sala Cirúrgica;
- Mesa operatória principal e auxiliar;
- Serviço de Enfermagem do procedimento;
- Rouparia descartável ou não: gorros, máscaras, propés, éter, álcool, escova degermante, luvas de procedimentos não estéreis;
- Assepsia e anti-sepsia (equipe e paciente);
- Iluminação (focos cirúrgicos);
- Instrumental cirúrgico;
- Locomoção do paciente;
- Aparelho de Anestesia;
- Monitorização sinais vitais (inclui Monitor de Ritmo Cardíaco, Monitor de PA não invasivo e Oxímetro);

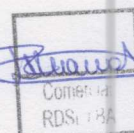
6.2. Não estão inclusos na taxa de Sala Cirúrgica:

- Material de consumo (descartável ou não), exceto os inclusos na Taxa de Sala Cirúrgica;
- Medicamentos;
- Gases Medicinais;
- Equipamentos e/ou aparelhos, não descritos acima;
- Honorários Médicos;
- SADT;

7. TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
------	-----------	-------

Página 15 de 33



**7.1. Estão Inclusos na Taxa de Sala de CRPA**

- Local;
- Leito;
- Serviço de Enfermagem;
- Monitorização sinais vitais (inclui Monitor de Ritmo Cardíaco, Monitor de PA não invasivo e Oxímetro);

8. TAXA DE SALA / OUTROS PROCEDIMENTOS:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60000465	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	R\$ 198,18
60000457	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS	R\$ 212,66
60023236	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE GESSO	R\$ 123,26

8.1. Estão Inclusos na Taxa de Sala de Procedimentos (Pequenas Cirurgias de Emergência, Eletivas e Pequenos Procedimentos):

- Sala Cirúrgica;
- Mesa operatória principal e auxiliar;
- Serviço de Enfermagem do procedimento;
- Rouparia descartável ou não: gorros, máscaras, propés, éter, álcool, escova degermante, luvas de procedimentos não estéreis;
- Assepsia e anti-sepsia (equipe e paciente);
- Iluminação (focos cirúrgicos);
- Instrumental cirúrgico;

8.2. Não estão Inclusos na Taxa de Sala de Procedimentos (Pequenas Cirurgias de Emergência, Eletivas e Pequenos Procedimentos):

- Material de consumo (descartável ou não), exceto os inclusos na composição acima;
- Medicamentos;
- Gases Medicinais;
- Equipamentos e/ou aparelhos não descritos acima;
- Honorários Médicos;
- SADT;

8.3. Estão Inclusos na Taxa de Sala de Colocação/Retirada de Gesso:

- Instalações da Sala;
- Serviços de Enfermagem;
- Serra elétrica para gesso;
- Equipamentos e/ou instrumental para colocação e/ou retirada de gesso;

9. TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (FORA DAS UNIDADES):

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60023210	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE ANGIOGRAFIA	R\$ 1.396,88
60023325	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE HEMODINÂMICA	R\$ 1.396,88
60023287	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 198,18
60023333	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE HEMOTERAPIA	R\$ 198,18
60023317	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE HEMODIÁLISE	R\$ 265,84
60023260	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE DIÁLISE PERITONIAL	R\$ 265,84
60023384	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	R\$ 198,18
60023406	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	R\$ 198,18

9.1. Estão Inclusos na Taxa de Sala de Procedimentos Especiais:

- Instalações da sala;
- Taxa de Assistência de Enfermagem;
- Monitor de Ritmo Cardíaco;
- Monitor de Pressão Arterial não invasivo;
- Oxímetro;
- Desfibrilador;
- Instrumental cirúrgico;
- Roupas descartáveis ou não: gorros, máscaras, propés, éter, álcool, escova degermante luvas de procedimentos não estéreis;

9.2. Não estão Inclusos na Taxa de Sala de Procedimentos Especiais:

- Material de consumo (descartável ou não), exceto os inclusos na composição acima
- Medicamentos;
- Gases Medicinais;
- Equipamentos e/ou aparelhos não descritos acima;
- Honorários Médicos
- SADT

10. TAXAS DE LEITO DE OBSERVAÇÃO - UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60033720	TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / OS, ATÉ 6 HORAS	R\$ 163,26
60033738	TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / OS, HORAS SUBSEQUENTE	R\$ 29,02

10.1. Estão Inclusos na Taxa de Sala de Procedimentos Especiais:

- Instalações da sala;
- Taxa de Assistência de Enfermagem;
- Álcool e Éter;

11. TAXAS DE SERVIÇOS:





TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60034025	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO	R\$ 36,25
60034017	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO	R\$ 48,34
60034009	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GRANDE	R\$ 58,00

Obs: As Taxas de Curativos Pequeno, Médio e Grande incluem Materiais e Medicamentos

60033967	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO DE QUEIMADOS ESPECIAL	R\$ 82,16
60017490	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO OFTALMOLÓGICO, ABERTO, CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 43,49
60017520	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO OFTALMOLÓGICO, ABERTO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 43,49
60017554	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO OFTALMOLÓGICO, FECHADO, CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 43,49
60017589	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO OFTALMOLÓGICO, FECHADO, NÃO CONTAMINADO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 43,49

Obs: As Taxas de Curativos de Queimados e Oftalmológicos não incluem Materiais e Medicamentos

60015292	TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 19,33
60015357	TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 19,33
60015322	TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 19,33

12. OUTROS PROCEDIMENTOS:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60022965	TAXA DE SALA/SESSÃO DE INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	R\$ 62,84
60028491	NEBULIZAÇÃO AQUECIDA COM OXIGÊNIO, POR HORA	R\$ 62,84

Obs: Inclui Oxigênio

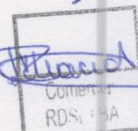
60018623	TAXA DE PREPARO DE QUIMIOTERÁPICOS, POR USO	R\$ 48,34
60015160	ALIMENTAÇÃO ENTERAL, PREPARO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 53,17
60015187	ALIMENTAÇÃO ENTERAL, PREPARO, NO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 53,17
60015179	ALIMENTAÇÃO ENTERAL, PREPARO, NA UTI/SEMI-UTI	R\$ 53,17

Obs: O formato de cobrança para Taxa de Preparo da Alimentação Enteral é por unidade.

60015225	ALIMENTAÇÃO PARENTERAL, PREPARO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 65,26
60015241	ALIMENTAÇÃO PARENTERAL, PREPARO, NO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 65,26
60015233	ALIMENTAÇÃO PARENTERAL, PREPARO, NA UTI/SEMI-UTI	R\$ 65,26

Obs: O formato de cobrança para Taxa de Preparo da Alimentação Parenteral é por unidade.

60027746	TAXA DE RESPIRADOR BIPAP / CPAP, POR HORA	R\$ 19,45
60028610	RPPI COM OXIGÊNIO, POR HORA	R\$ 53,39



13. OUTRAS TAXAS:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60033533	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (ALMOÇO E JANTAR)	R\$ 25,00

14. GASOTERAPIA:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60034122	AR COMPRIMIDO, POR HORA	R\$ 13,79
60028394	GÁS CARBÔNICO, POR HORA	R\$ 38,65
60028521	NITROGÊNIO, POR HORA	R\$ 51,46
60004606	CATÉTER PARA OXIGÊNIO, VAZÃO DE 2 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NA UTI / SEMI-UTI	R\$ 12,25
60004614	CATÉTER PARA OXIGÊNIO, VAZÃO DE 2 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 12,25
60004622	CATÉTER PARA OXIGÊNIO, VAZÃO DE 2 LITROS/MIN, POR USO/SESSÃO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 12,25
60004754	CATÉTER PARA OXIGÊNIO, VAZÃO DE 3 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NA UTI / SEMI-UTI	R\$ 18,38
60004770	CATÉTER PARA OXIGÊNIO, VAZÃO DE 3 LITROS/MIN, POR USO/SESSÃO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 18,38
60004762	CATÉTER PARA OXIGÊNIO, VAZÃO DE 3 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 18,38
60011009	OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, VAZÃO DE 5 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NA UTI / SEMI-UTI	R\$ 32,16
60011017	OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, VAZÃO DE 5 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 32,16
60011246	OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, VAZÃO DE 8 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NA UTI / SEMI-UTI	R\$ 49,01
60011254	OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, VAZÃO DE 8 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 49,01
60010045	OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, VAZÃO DE 10 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NA UTI / SEMI-UTI	R\$ 65,87
60010053	OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, VAZÃO DE 10 LITROS/MIN, POR HORA (CORRIDA OU SUBSEQUENTE), NO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 65,87
60028572	ÓXIDO NITROSO, POR HORA	R\$ 114,89

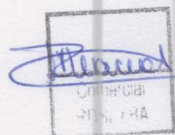
15. TAXAS DE EQUIPAMENTOS:

TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
60024119	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/ EQUIPAMENTO PARA ANESTESIA GERAL, POR USO	R\$ 67,13
60025158	ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR À VÁCUO, POR USO	R\$ 10,68
60026367	TAXA DE ASPIRADOR DE SUÇÃO CONTÍNUA, POR HORA	R\$ 22,92
60025204	ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR ELÉTRICO, POR USO	R\$ 16,02
60025247	ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR UTERINO, POR USO	R\$ 178,99
60025239	ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR ULTRA-SÔNICO, POR USO	R\$ 734,81

Página 19 de 33









Conab Companhia Nacional de Abastecimento

60025514	ALUGUEL/TAXA BISTURI DE ALTA FREQUÊNCIA, POR USO	R\$ 65,83
60025522	ALUGUEL/TAXA BISTURI DE ARGONIO, POR USO	R\$ 382,94
60025492	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI BIPOLAR, POR USO	R\$ 61,72
60025573	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ULTRASSÔNICO, POR USO	R\$ 65,83
60025298	BALÃO INTRA AÓRTICO POR DIA	R\$ 206,64
60024070	TAXA DE APARELHO / BOMBA DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA, POR USO	R\$ 84,36
60025670	BOMBA DE INFUSÃO, POR HORA	R\$ 5,20
	Obs: Exceto nas UTI's	
60025808	BOMBA DE SUÇÃO, POR USO/SESSÃO	R\$ 18,52
60027320	ALUGUEL/TAXA DE MÁQUINA DE CARDIOPLEGIA, POR USO	R\$ 45,26
60024232	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA CISTOURÉTEROSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 193,20
60030399	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE CAPNÓGRAFO, POR USO/SESSÃO	R\$ 39,86
60026324	ALUGUEL / TAXA DE COLCHÃO DE ÁGUA, POR DIA	R\$ 47,03
60026332	ALUGUEL / TAXA DE COLCHÃO DE AR, POR DIA	R\$ 47,03
60026383	TAXA DE COLCHÃO TÉRMICO, POR DIA	R\$ 84,00
60033916	TAXA DE USO DE CRANIOTOMO	R\$ 145,39
60036413	ALUGUEL / TAXA DE DERMATOMO ELÉTRICO, POR USO	R\$ 82,31
60026421	ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO), POR USO	R\$ 53,48
	Obs: Passível de cobrança nas Unidades de PA, Gástrica.	
60024909	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO ELETROCRIOCAUTERIO, POR USO	R\$ 32,92
60026600	ALUGUEL / TAXA DE ENDOLASER, POR USO	R\$ 78,18
60033860	TAXA DE USO DE APARELHO DE ENDOSCOPIA UROLÓGICA, POR USO	R\$ 876,43
	Obs: Utilizado para cobrança de Nefroscópio	
60026740	ALUGUEL / TAXA DE ESTIMULADOR DE NERVO PERIFÉRICO, POR USO	R\$ 156,85
60026790	ALUGUEL / TAXA DE ESTRIBO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, POR DIA	R\$ 11,94
60025182	ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR DE CATARATA / FACOEMULSIFICADOR, POR USO	R\$ 51,43
60026960	ALUGUEL / TAXA DE FOTÓFORO, POR USO	R\$ 27,28
60026987	ALUGUEL / TAXA DE GARROTE PNEUMÁTICO, POR USO	R\$ 27,43
60027045	TAXA DE HALO CRANEANO, POR DIA	R\$ 79,88
60027134	TAXA POR USO/SESSÃO INCUBADORA DE TRANSPORTE SEM OXIGÊNIO	R\$ 127,87
60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, POR USO	R\$ 119,33
60024380	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R\$ 794,32
60027240	ALUGUEL / TAXA DE LITOTRIPSOR ULTRASSÔNICO, POR USO	R\$ 545,06
60027231	ALUGUEL/TAXA DE LIPOASPIRADOR, POR USO	R\$ 154,30
60027339	TAXA DE MARCA PASSO PROVISÓRIO / TEMPORARIO TRANSVENOSO	R\$ 220,84
60026154	TAXA DE MARCA PASSO PROVISÓRIO/TEMPORARIO TRANSCUTÂNEO	R\$ 220,84
	Obs: O formato de cobrança para a Taxa de Marca Passo Provisório é dia.	
60027428	ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO, POR USO	R\$ 71,62



60028467	MISTURA DE GASES NO RESPIRADOR/VENTILADOR, POR HORA	R\$ 7,36
60030674	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE DÉBITO CARDÍACO, POR HORA	R\$ 23,50
60029544	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO INTRA CRANIANO, POR HORA	R\$ 18,76
60031964	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE PA INVASIVA, POR HORA	R\$ 8,53
60027517	ALUGUEL/TAXA DE NUCLEOTOMO, POR USO	R\$ 481,43
60031808	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, POR HORA	R\$ 4,09
60024780	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO DE PHMETRIA 2 CANAIS, POR USO	R\$ 152,71
60027576	ALUGUEL/TAXA DE POLÍGRAFO COMPUTADORIZADO, POR USO	R\$ 31,86
60027606	ALUGUEL/TAXA DE PRESSURIZADOR, POR USO	R\$ 25,08
60027614	TAXA DE QUADRO BALCÂNICO, POR DIA	R\$ 43,20
60027843	RESPIRADOR, POR HORA	R\$ 41,86
60027860	ALUGUEL / TAXA DE RESSECTOR UROLÓGICO, POR USO	R\$ 368,86
60027959	ALUGUEL / TAXA DE SERRA DRILL ELÉTRICA, POR USO	R\$ 40,49
60027924	ALUGUEL / TAXA DE SERRA DRILL DE NITROGÊNIO, POR USO	R\$ 23,78
60028068	ALUGUEL / TAXA DO TELETERMÔMETRO, POR USO	R\$ 6,02
60028173	ALUGUEL / TAXA DO TREPANO / DRILL ELÉTRICO, POR USO	R\$ 18,76
60028165	ALUGUEL / TAXA DO TREPANO / DRILL DE NITROGÊNIO, POR USO	R\$ 63,44
60028238	ALUGUEL / TAXA DO URETROTOMO, POR USO	R\$ 166,64
60028246	ALUGUEL / TAXA DO URODENSÍMETRO, POR USO	R\$ 14,10
60028149	ALUGUEL/TAXA DE USO DO APARELHO DE VIDEO URETEROSCOPIO	R\$ 982,04
60028297	ALUGUEL / TAXA DE VITRECTOMO, POR USO	R\$ 131,28
60028300	ALUGUEL / TAXA DO VITREÓGRAFO, POR USO	R\$ 237,29
60024151	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R\$ 666,77
60024178	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA BRONCOSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 150,35
60024275	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA COLONOSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 216,00
60024330	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM VIDEO, POR USO	R\$ 375,89
60024356	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 533,32
60024380	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R\$ 794,32
60024399	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO, POR USO	R\$ 794,32
60024828	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO DE RADIOFREQUÊNCIA EM GERAL, POR USO	R\$ 61,72
60030674	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE DÉBITO CARDÍACO, POR HORA	R\$ 23,50

Salvador-BA, de de

CONTRATANTE: COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB



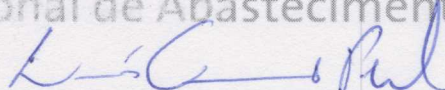






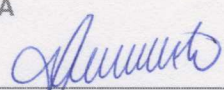
Conab Companhia Nacional de Abastecimento

Franklin José Andrade Gomes
Superintendência Regional da Bahia
Superintendente


Luís Edmundo Pinto Cabral
Gerência de Administração e Finanças
Gerente

HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A


Rafael de Castro Penalva Vita
Representante Legal
Rafael Vita
Diretor Médico
CRM 11872
Hospital São Rafael S/A


Alfredo Benjamin Martini Neto
Representante Legal
ALFREDO MARTINI
DIRETOR GERAL
Hospital São Rafael S.A.

TESTEMUNHAS:

Nome: José Luiz A. Brito Júnior CPF: 806.159.707-10

Nome: Roberto Gomes Macedo dos Reis CPF: 888.133.475-53



PROCESSO ADMINISTRATIVO
Nº 21205.000108/2019-94CONTRATO DE CREDENCIAMENTO
Nº 101/2020

ANEXO II – PACOTES E VALORES DIFERENCIADOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
61501021	PACOTE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	R\$ 420,00

O Pacote inclui:

Toda assistência integral prestada ao paciente pediátrica por um período de 12 horas – Enfermagem e Médica;
Sessões de Nebulização, incluindo os gases: Oxigênio e Ar Comprimido;
Materiais descartáveis e Consumo;
Medicamentos, soros e soluções;
Exames laboratoriais: hemograma, sódio, potássio, glicemia, VHS, ureia, creatinina e sumário de urina.

Exclui: Honorários Médicos cirúrgicos e do anestesista

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
61404025	ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA – UNIDADE ABERTA (12 HORAS)	R\$ 119,45
61404014	ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA – UNIDADES FECHADA (24HORAS)	R\$ 261,64

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40806111	PACOTE RX COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA C/CONTRASTE	R\$ 491,66
40809030	PACOTE HISTEROSALPINGOGRAFIA	R\$ 577,81
40806057	PACOTE RX ESOFAGO - HIATO- ESTOMAGO E DUODENO C/CONTRASTE	R\$ 329,42
40809056	FISTULOGRAFIA	R\$ 507,90
66080315	ARTRO RESSONÂNCIA - OMBRO	R\$ 1.535,56
41102010	ARTRO RESSONÂNCIA - DEMAIS PARTES	R\$ 1.036,04
40807053 / 40807061	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 1.237,69

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
60503203	ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA	R\$ 543,02

Apenas Honorário Médico

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
60203040	TILT TESTE	R\$ 388,49





Conab Companhia Nacional de Abastecimento

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
66000310	TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO - LUCENTIS	R\$ 5.062,13
Incluso: 01 Diária de Hospital Dia, Materiais e Medicamento, incluindo Lucentis Honorários Médicos Taxas de Salas inerentes ao procedimento		
Obs.: Em caso de intercorrências que levem o paciente a permanecer internado além do prazo previsto, as despesas excedentes serão cobradas fora do pacote na forma de "conta aberta", a partir do dia da intercorrência, sendo acompanhada de relatório médico, na mesma conta do pacote, de acordo com as tabelas vigentes;		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
90120052	PACOTE DE CURATIVO PEQUENO - CAFES	R\$116,09
90120054	PACOTE DE CURATIVO MÉDIO - CAFES	R\$146,43
90120055	PACOTE DE CURATIVO GRANDE/QUEIMADOS - CAFES	R\$187,16
90120056	PACOTE DE CURATIVO EXTRA-GRANDE - CAFES	R\$240,52
90120053	CURATIVO DE ESTOMA - CAFES	R\$170,22
Excluso a bolsa de estomia drenável.		
90120057	RETIRADA PONTOS - CAFES	R\$101,60
CAFES: Centro Especializado em Tratamento de Feridas e Estomas. Composição: Avaliação e acompanhamento com Estomaterapeuta, Taxa de sala, Rouparia e desinfecção ambiental; Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento e estéreis, máscara, gorro, propé, avental); Instrumental estéril inerente ao procedimento; Soluções antissépticas; Soro fisiológico; Gaze estéril, esparadrapo e/ou micropore, atadura; Seringas para irrigação; Lâminas para desbridamento; Registro fotográfico. Exclui: Materiais especiais		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
60502041	PACOTE CIRURGIA BARIÁTRICA VIDEO	R\$ 33.779,34
O Pacote inclui: Honorários Médicos da equipe médica; 03 (três) diárias de Apartamento e 01 (uma) diária de UTI; Materiais descartáveis e Especiais; Medicamentos Taxas de Sala e Equipamentos. Exclui: Honorários do Anestesiologista e remuneração da Fisioterapia, se ocorrer.		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
60905036	PET - CT	R\$ 4.200,00

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
61003024	PACOTE POLISSONOGRAMA DE NOITE INTEIRA (PSG)	R\$ 780,00

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
60502029	PACOTE COLOCAÇÃO DE BALAO INTRA-GASTRICO VIA ENDOSCOPIA	R\$ 13.682,22



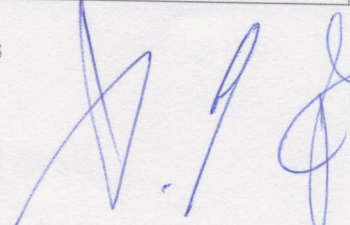
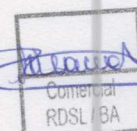
60502109	PACOTE TROCA DE BALAO INTRA-GASTRICO VIA ENDOSCOPIA	R\$ 13.682,22
60503032	PACOTE RETIRADA DE BALAO INTRA-GASTRICO VIA ENDOSCOPIA	R\$ 9.353,67
O Pacote inclui: Honorários Médicos; 01 (uma) diária de Hospital Day Clínic; Taxas de Salas Equipamentos inerentes ao procedimento; Materiais Especiais e Descartáveis; Medicamentos, inclusive anestésicos. Gases Medicinais; Exclui: Honorários do Anestésista, Exames Complementares, Bolsa de Sangue e/ou Hemoderivados e fisioterapia (caso ocorra). OBS: Em caso de intercorrências que levem o paciente a ficar internado, as despesas excedentes serão cobradas por fora do pacote na forma de "conta aberta".		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
22010378	Monitorização por Vídeo EEG – 24horas	R\$ 1.000,00
O Pacote inclui: - Honorário médico do Neurologista para 24h de monitorização. - Todas as demais despesas com serviços profissionais e hospitalares, materiais, medicamentos, etc., não fazem parte da composição da proposta e serão cobradas no formato de conta aberta, obedecendo às regras comerciais negociadas entre Operadora de Saúde e HSR.		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
66080431	IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO - OZURDEX	R\$ 6.000,00
COMPOSIÇÃO: - O pacote contempla: Honorários Médicos; Taxas de Salas inerentes ao procedimento; Taxa de equipamentos; Assistência de Enfermagem e monitorização; Materiais descartáveis e medicamentos, incluindo Ozurdex; Serviços Administrativos. Estão excluídos do pacote: Despesas não inclusas nos itens descritos acima. Considerações Gerais: - Procedimento correlacionado ao código TUSS: 30312132		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
66000166	CATETERISMO DIR+ESQ+CORONARIOGRAFIA+VENTRICULOGRAFIA	R\$3.918,31

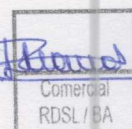


Inclui: 01 diária de apartamento, todos os custos referentes a serviços auxiliares de diagnoses e terapias, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxa de sala e gasoterapia, desde que relacionados diretamente ao procedimento.

Excluso: Honorários Médicos (cirurgião, auxiliares e anestesia); sangue e/ou hemoderivados. Cateteres diagnósticos especiais para revascularizados; trombolíticos; antibióticos; suporte nutricional enteral e parenteral; processos dialíticos; intercorrências.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
91010098	Preparo Unidade Concentrado Hemácias	R\$ 716,69
Pesquisa de anticorpos sérico irregulares; S. Hepatite B (HbsAg) por componente Hemoterápico; Elektroforese de Hemoglobina por componente Hemoterápico; S. Hepatite B (anti-HBc) RIE ou EIE por componente hemoterápico; S.HIV – EIE por componente hemoterápico (2 vezes); S. Chagas EIE por componente Hemoterápico; S. Hepatite C anti-HCV por componente Hemoterápico; S. anti-HTLV I+II por componente hemoterápico; S. Sífilis por componente hemoterápico; Taxa de utilização de descartável; Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica; HIV – p24 por componente Hemoterápico; Honorários Transfusão; Grupo Sanguíneo ABO e RH;		
91010071	Preparo Unidade Concentrado De Plaquetas	R\$ 677,52
Unidade de Concentrado de Plaqueta Randômica; Pesquisa de anticorpos sérico irregulares; S. Hepatite B (HbsAg) por componente hemoterápico; Elektroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico; S. Hepatite B (anti-HBc) RIE ou EIE por componente hemoterápico; S.HIV – EIE por componente hemoterápico (2 vezes); S. Chagas EIE por componente hemoterápico; S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico; S. anti-HTLV I+II por componente hemoterápico; S. Sífilis por componente hemoterápico; Taxa de utilização de descartável; Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica; HIV – p24 por componente hemoterápico; Honorários Transfusão; Grupo Sanguíneo ABO e RH;		
91010055	Preparo Unidade De Plasma	R\$ 669,56
Grupo Sanguíneo ABO e Rh; S Hepatite B (HBsAg); Elektroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico;		



S. Hepatite B (anti-HBc) RIE ou EIE por componente hemoterápico;
 S. HIV - EIE por componente hemoterápico (2 vezes);
 S. Chagas EIE por componente hemoterápico;
 S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico;
 S. anti-HTLV I+II por componente hemoterápico;
 S. Sífilis EIE por componente hemoterápico;
 Taxa de utilização de descartável;
 Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica;
 HIV-P24;
 Honorários Médicos Transfusionais;
 Pesquisa de anticorpos antieritrocitário A/B;
 Pesquisa de anticorpos séricos irregulares;
 Taxa de preparação de hemocomponentes;

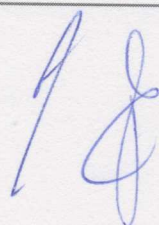
91010047	Preparo De Sangue Total	R\$ 831,76
-----------------	--------------------------------	-------------------

Pesquisa de anticorpos séricos irregulares;
 S Hepatite B (HBsAg);
 Eletroforese de Hemoglobina por sangue total;
 S. Hepatite B (anti-HBc) RIE ou EIE por sangue total;
 S. HIV - EIE por sangue total (2 vezes);
 S. Chagas EIE por sangue total;
 S. Hepatite C anti-HCV por sangue total;
 S. anti-HTLV I+II por sangue total;
 S. Sífilis EIE por sangue total;
 Taxa de utilização de descartável;
 Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica;
 HIV - p24 sangue total;
 Honorários Médicos Transfusionais;
 Grupo Sanguineo ABO RH;
 Pesquisa de anticorpos antieritrocitário A/B;
 Prova de compatibilidade;
 Taxa de preparação de hemocomponentes;

91010080	Preparo Unidade Concentrado Hemácias Lavadas	R\$ 735,05
-----------------	---	-------------------

Pesquisa de anticorpos sérico irregulares;
 S. Hepatite B (HbsAg) por componente hemoterápico;
 Eletroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico;
 S. Hepatite B (anti-HBc) RIE ou EIE por componente hemoterápico;
 S. HIV - EIE por componente hemoterápico (2 vezes);
 S. Chagas EIE por componente hemoterápico;
 S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico;
 S. anti-HTLV I+II por componente hemoterápico;
 S. Sífilis por componente hemoterápico;
 Taxa de utilização de descartável;
 Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica;
 HIV - p24 por componente hemoterápico;



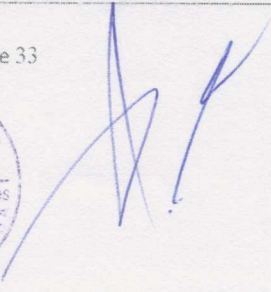


Honorários Transfusão; Grupo Sanguíneo ABO e RH;		
91010225	Concentrado De Plaquetas Por Aférese	R\$ 2.532,43
Grupo Sanguíneo ABO e Rh (bolsa); Pesquisa de anticorpos séricos irregulares; S Hepatite B (HBsAg) sangue total; Eletroforese de Hemoglobina por sangue total; S. Hepatite B (anti-HBc) RIE ou EIE por sangue total; S. HIV - EIE por sangue total (2 vezes); S. Chagas EIE por sangue total; S. Hepatite C anti-HCV por sangue total; S. anti-HTLV I+II por sangue total; S. Sífilis EIE por sangue total; Material descartável (kit), e soluções para aférese; Operação processadora automática de sangue em aférese; Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica; HIV - p24; Honorários Médicos Transfusionais;		
91010039	Preparo De Unidade Crioprecipitadofator Antihemofílico	R\$ 671,80
Pesquisa de anticorpos sérico irregulares; S. Hepatite B (HBsAg) por componente hemoterápico; Eletroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico; S. Hepatite B (anti-HBc) RIE ou EIE por componente hemoterápico; S.HIV – EIE por componente hemoterápico (2 vezes); S. Chagas EIE por componente hemoterápico; S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico; S. anti-HTLV I+II por componente hemoterápico; S. Sífilis por componente hemoterápico; Taxa de utilização de descartável; Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica; HIV – p24 por componente hemoterápico; Honorários Transfusão; Grupo Sanguíneo ABO e RH;		
91010063	Preparo Unidade Leucócitos	R\$ 294,16
96010681	Teste Pré-Transfusional	R\$ 99,56

HEMOTERAPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,06
40403270	NAT/HCV POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 216,78
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,06
40403297	NAT/HIV POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 400,31








40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,06
40403904	NAT/HBV POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 216,78

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
66080529	Pacote Concentrado de Granulócitos	R\$ 3.500,00

O Pacote inclui:

Honorários Médicos;
Materiais descartáveis e Consumo;
Medicamentos;
Exames laboratoriais e Hemoterapia;
Diária

RADIOTERAPIA:
66080478 - PACOTE DE TRATAMENTO DE MAMA

Tratamentos:	
Mama Exclusiva - Adjuvante - fase única (28x180=50.4Gy)	
Mama + FSC - Adjuvante - fase única (28x180=50.4Gy)	
Mama + FSC + Boost- Adjuvante - 02 fases (25x200=50Gy + boost)	
Mama + Boost - Adjuvante - 02 fases (25x200=50Gy + boost)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	168 a 196
Filmes de Verificação	10 a 16
Simulação de Tratamento Complexo	1 a 3
Planejamento Técnico 3D Complexo	1 a 3
Blocos de Colimação	6 a 11
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 14.300,00
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080479 - PACOTE DE TRATAMENTO DA PROSTATA

Tratamentos:	
Próstata - Radical - 02 fases (38x200=76Gy)	
Próstata - Radical - fase única (38x200=76Gy)	
Próstata - Resgate/Adjuvante - fase única (37x180=66.6Gy)	
Próstata + Pelve - Radical - 03 fases - (38x200=76Gy)	
Próstata + Pelve - Resgate/Adjuvante - 02 fases (37x180=66.6Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	259 a 266
Filmes de Verificação	8 a 23
Simulação de Tratamento Complexo	1 a 3
Planejamento Técnico 3D Complexo	1 a 3
Blocos de Colimação	7 a 21







Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 16.500,00
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080480 - PACOTE DE TRATAMENTO DE CABEÇA E PESCOÇO

Tratamentos:	
Cabeça e Pescoço - Radical - 03 fases (39x180=70.2Gy)	
Cabeça e Pescoço - Adjuvante - 02 fases (34x180=61.2Gy)	
Laringe Localizada - Radical - fase única (39x180=70.2Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	234 a 273
Filmes de Verificação	8 a 23
Simulação de Tratamento Complexo	1 a 3
Planejamento Técnico 3D Complexo	1 a 3
Blocos de Colimação	6 a 21
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 18.150,00
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080481 - PACOTE DE TRATAMENTO DE APARELHO DIGESTIVO

Tratamentos:	
Reto - Neoadjuvante - 02 fases (28x180=50.4Gy)	
Canal Anal - Radical - 03 fases (30x180=54Gy)	
Estômago - Adjuvante - fase única (25x180=45Gy)	
Estômago - Paliativo - fase única (16x250=40Gy)	
Esôfago - Radical - 02 fases (30x180=54Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	96 a 180
Filmes de Verificação	7 a 14
Simulação de Tratamento Complexo	1 a 3
Planejamento Técnico 3D Complexo	1 a 3
Blocos de Colimação	5 a 18
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 14.520,00
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080482 - PACOTE DE TRATAMENTO GINECOLÓGICO (Exceto Braquiterapia)

Tratamentos:
Colo Útero - Radical - 02 fases (30x180=54Gy)

Página 30 de 33







Endométrio - Adjuvante - 02 fases (28x180=50.4Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	168 a 180
Filmes de Verificação	14
Simulação de Tratamento Complexo	2
Planejamento Técnico 3D Complexo	2
Blocos de Colimação	12
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 12.650,00
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080483 - PACOTE DE BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA

Tratamentos:	
Braquiterapia ginecológica	
Procedimentos	Quantidades
Aplicação	4
Filmes de Verificação	8
Planejamento de Braquiterapia	4
Valor Proposto	R\$ 10.147,67

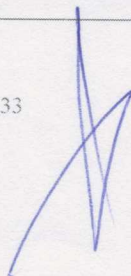
66080484 - PACOTE DE TRATAMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Tratamentos:	
SNC Alto Grau - Radical - 02 fases (30x200=60Gy)	
SNC Baixo Grau - Radical - fase única (30x180=54Gy)	
Neuro Eixo - Meduloblastoma (180x20= 36Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	180 a 210
Filmes de Verificação	14 a 16
Simulação de Tratamento Complexo	1 a 3
Planejamento Técnico 3D Complexo	1 a 3
Blocos de Colimação	7 a 14
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 14.872,40
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

TRATAMENTO RADIOCIRURGIA

Procedimentos	Quantidades	Valor
66080377 - Radiocirurgia nível 1	1	R\$ 14.490,58
66080378 - Radiocirurgia nível 2	1	R\$ 17.057,45
66080379 - Radiocirurgia nível 3	1	R\$ 19.809,85
Inclui: Honorário Médico do Neurocirurgião		
Não inclui a angiografia em caso de MAV, a cobrança será feita a parte.		
Não inclui exames de imagem.		







TRATAMENTO RADIOTERAPIA ESTEREOTÁTICA

Procedimentos	Quantidades	Valor
41203135 - Primeiro Dia	1	R\$ 11.689,34
41203143 - Dias Subsequentes	1	R\$ 594,90
Indicações: Tumores cerebrais malignos ou benignos bem próximos a órgãos de risco crítico, a ser definido pelo médico assistente.		
Não inclui exames de imagem.		
Obs.: a localização do paciente será estereotática e a entrega da dose poderá ser feita com IMRT.		

66080485 - PACOTE DE TRATAMENTO PALIATIVO

Tratamentos:	
Meta Óssea - Paliativo - 01 sítio (10x300=30Gy)	
Meta Óssea - Paliativo - Hipofracionamento - 01 sítio (5x400=20Gy)	
Cérebro Total - Paliativo - fase única (12x250=30Gy)	
Hemostasia - Paliativo - 01 sítio (5x400=20Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	20 a 60
Filmes de Verificação	6 a 7
Simulação de Tratamento Complexo	1
Planejamento Técnico 3D Complexo	1
Blocos de Colimação	4 a 6
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 5.423,78
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

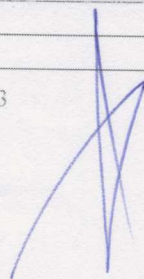
66080486 - PACOTE PARA TRATAMENTO DE LINFOMAS

Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	140 a 200
Filmes de Verificação	9 a 12
Simulação de Tratamento Complexo	1
Planejamento Técnico 3D Complexo	1
Blocos de Colimação	7 a 10
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 14.770,62
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080487 - PACOTE DE TRATAMENTO DO PULMÃO

Tratamentos:	
Pulmão - Neoadjuvante - 01 fase (25x180=45Gy)	
Pulmão - Radical - 02 fases (30x200=60Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	175 a 210
Filmes de Verificação	9 a 18







Simulação de Tratamento Complexo	1 a 2
Planejamento Técnico 3D Complexo	1 a 2
Blocos de Colimação	7 a 14
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 13.750,00
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080488 - PACOTE DE TRATAMENTO DE SARCOMA

Tratamentos:	
Pulmão - Neoadjuvante/Adjuvante/Radical - 01 fase ou 02 fases (30x200=60Gy)	
Procedimentos	Quantidades
Megavoltagem - AL fótons	210
Filmes de Verificação	9 a 18
Simulação de Tratamento Complexo	1 a 2
Planejamento Técnico 3D Complexo	1 a 2
Blocos de Colimação	7 a 14
Sistema de Imobilização	1
Valor Proposto	R\$ 11.770,00
Inclui: Tomografia para planejamento radioterápico <u>sem contraste</u> . Havendo a necessidade de contraste, a tomografia com contraste será cobrada à parte.	

66080518 - RADIOTERAPIA DE CORPO INTEIRO

Procedimentos	Quantidades	Valor
Radioterapia de Corpo Inteiro (TBI)	1	R\$ 5.720,00

Salvador-BA, 17 de janeiro de 2020

CONTRATANTE: COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB

Franklin José Andrade Gomes
Superintendência Regional da Bahia
Superintendente

Luís Edmundo Pinto Cabral
Gerência de Administração e Finanças
Gerente

HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A

Rafael de Castro Penalva Vital
Representante Legal Diretor Médico
CRM 11872
Hospital São Rafael S/A

Alfredo Benjamin Martini Nogueira
Representante Legal DIRETOR GERAL
Hospital São Rafael S.A.

TESTEMUNHAS:

Nome: Aguiar de Azevedo Junior

CPF: 06.1509.707-40

Nome: Reana Lima Almeida dos Reis

CPF: 888.183.435-53

Página 33 de 33

