



**CRENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE (PESSOA JURÍDICA) – Nº. 002/2018**

Por este instrumento as partes a seguir qualificadas têm, entre si, justas e acertadas em contratar a prestação de serviços hospitalares, o que fazem mediante os termos e condições pactuadas neste credenciamento.

**- DAS PARTES -**

**CRENCIANTE – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE RIO VERDE – IPARV**, autarquia municipal, com personalidade jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº. 06.052.569/0001-87, com sede na Rua Joaquim Mota, nº. 914 - Vila Santo Antônio, nesta cidade de Rio Verde (GO), neste ato representado pelo seu Presidente **ALEXANDRE SILVA MACEDO**, brasileiro, casado, portador do CPF nº. 844.792 841-91, RG nº 3495711-7847653-SSP/GO, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado simplesmente **CRENCIANTE**.

**CRENCIADO – UNIMED RIO VERDE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (HOSPITAL UNIMED RIO VERDE)**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 37.275.625/0004-19, sediado à Avenida José Walter Q 51 Setor Morada do Sol, nesta cidade de Rio Verde, Goiás, na condição de representante dos seus médicos cooperados, por seu Diretor Presidente, Dr. Martúlio Nunes Gomes, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº. 8288446 SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº. 365.495.656-04, designado doravante denominado apenas por **CRENCIADO (A)** têm justa e firmada a presente prestação de serviço que se regerá em obediência às cláusulas seguintes:

**PREÂMBULO** - O presente credenciamento é regido pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e decorre da Portaria de Inexigibilidade nº. **002/2018**, bem como nos termos do Edital de Chamamento para Credenciamento de Prestadores de Serviços da Área de Saúde de nº. **001/2017**, publicado em **13/12/2017**, constante do processo nº. **0001090/2018**.

**- DO OBJETO -**

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – O presente credenciamento tem por objeto a prestação de serviços hospitalares na área de internação clínica e cirúrgica eletivas, excluídos quaisquer atendimentos de urgência e emergência (pronto-socorro, pronto-atendimento, ambulatório 24 h, ou similar), assim como consultas médicas.

1.1 – Os serviços hospitalares ora contratados serão prestados na sede do **CRENCIADO (A)**, com os recursos humanos e materiais ali disponíveis. Havendo necessidade de remoção de beneficiários do (a) **CRENCIANTE**, para continuidade do tratamento noutra unidade hospitalar, pública ou privada, será o **CRENCIANTE** informada dessa necessidade, devendo, portanto, viabilizá-la por seus próprios meios.

1.2 – Nos serviços médico-hospitalares ora contratados estão incluídas as diárias de internação, taxas hospitalares, serviços complementares de apoio, diagnóstico e terapia, demais serviços e cuidados de enfermagem, materiais e medicamentos hospitalares, gases.

1.3 – O **CRENCIADO (A)** não possui Unidade de Terapia Intensiva para adultos ou crianças e nem serviço de obstetrícia, porém, se no futuro tais serviços, além de outros, forem incorporados pelo **CRENCIADO (A)**, só serão disponibilizados ao **CRENCIANTE** após a assinatura de Termo Aditivo a este pacto contratual, onde estejam definidas as condições da prestação desses novos serviços.



– DOS BENEFICIÁRIOS –

**CLÁUSULA SEGUNDA** – Entende-se como beneficiário do **CREDENCIANTE** (IPARV - Assistência) o servidor municipal ativo e inativo, seus dependentes e agregados, bem como os pensionistas, devidamente inscritos e cadastrados, munidos do respectivo cartão ou similar e documento de identificação pessoal.

– DAS CONDIÇÕES DO ATENDIMENTO –

**CLÁUSULA TERCEIRA** – O **CREDENCIADO (A)** atenderá aos beneficiários da **CREDENCIANTE** mediante autorizações específicas.

**3.1** - Fica expressamente vedada a cobrança de valores adicionais, a qualquer título, por parte do (a) **CREDENCIADO (A)**, em relação aos beneficiários do **CREDENCIANTE** (IPARV), exceto se tratar de procedimento não coberto ou em razão de opção por acomodação superior a contratada.

**3.2** - A guia emitida pelo **CREDENCIANTE** deverá estar assinada pelo beneficiário ou o responsável, possuindo validade de 60 (sessenta) dias.

**3.3** – O **CREDENCIADO (A)** não poderá recusar atendimento à beneficiário do (a) **CREDENCIANTE** quando portarem a respectiva autorização, no entanto, ao **CREDENCIADO (A)** assiste o direito de confirmar desde logo, junto ao **CREDENCIANTE**, em casos de dúvida, sobre a extensão da cobertura solicitada.

**3.4** – Os atendimentos serão realizados de forma a atender às necessidades dos beneficiários da **CREDENCIANTE**, contudo, o **CREDENCIADO (A)** está obrigado a observar, nos atendimentos, aos portadores de privilégios legais, a saber: emergência ou urgência, pessoas com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos.

**3.5** – O **CREDENCIANTE** deverá enviar as guias de internação preenchidas corretamente, com indicação de código, nomes e demais informações que forem necessárias.

**3.6** – Cabe ao **CREDENCIADO (A)** assegurar aos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos o direito de 01 (um) acompanhante durante sua internação hospitalar, conforme normas internas do **CREDENCIADO (A)**.

**3.6.1** – O **CREDENCIANTE** se obriga a pagar taxa de refeição para acompanhante de pacientes internados com idade inferior a 18 (dezoito) anos e os maiores de 60 (sessenta) anos de idade. O valor dessa taxa de refeição está expresso no Anexo I.

**3.7** – O **CREDENCIADO (A)** deverá observar, na internação, o que consta na Guia de Autorização emitida pelo **CREDENCIANTE** quanto a especificação de códigos, quantidades e status dos procedimentos, o tipo de acomodação e a quantidade de diárias.

**3.7.1** – Sempre que no **ATO DA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA** ou **DURANTE A INTERNAÇÃO** houver a necessidade da troca de códigos de procedimentos, prorrogação de diárias e ou acréscimo de materiais, medicamentos, gases, taxas e outros procedimentos, o **CREDENCIADO (A)** poderá fazê-lo para preservar a saúde, órgãos, membros e a até a vida do beneficiário, independentemente de autorização do **CREDENCIANTE**.

**3.8** – Caso haja descredenciamento, independente da parte que deu causa ao rompimento, o **CREDENCIADO (A)** deverá manter a assistência aos beneficiários internados, até a data da alta médica, conforme normas do respectivo Conselho Profissional, ficando o



**CRENCIANTE** obrigado, após auditoria médica e de enfermagem, ao pagamento das faturas apresentadas.

– **DAS ACOMODAÇÕES** –

**CLÁUSULA QUARTA** – Aos beneficiários da **CRENCIANTE** será assegurada pelo **CRENCIADO (A)**, durante a internação, **ACOMODAÇÃO COLETIVA** (enfermaria), com no máximo 02 (dois) leitos e com banheiro de uso comum.

4.1 – Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação superior à que tem direito, o **CRENCIADO (A)** pode, querendo, viabilizar a mudança, desde que o beneficiário se obrigue a pagar a diferença de acomodação, assim como das demais despesas assistenciais daí decorrentes (honorários médicos, taxas, etc.).

– **DAS DIÁRIAS E TAXAS** -

**CLÁUSULA QUINTA** – As diárias de acomodação hospitalar incluem os seguintes itens: serviço de hotelaria, cuidados e serviços de enfermagem, refeições do beneficiário, equipamentos de proteção individual (E.P.I) e equipamentos de uso contínuo e permanente, necessários e/ou complementares ao tratamento médico hospitalar.

5.1 – As taxas de uso de sala, equipamentos e aparelhos, bem como o instrumental e demais itens inclusos, permanentes e/ou descartáveis, não definidos nesse credenciamento, serão estabelecidas na Tabela de Preços, fixadas no Anexo I, acordada entre o **CRENCIANTE** e **CRENCIADO (A)**, que passa a fazer parte integrante deste contrato.

5.2.1 – A taxa de sala cirúrgica, paga em consonância com o porte anestésico do procedimento, compreende cuidados e serviços de enfermagem, o uso da sala, bem como, instrumental, campos cirúrgicos, paramentação, compressas e instrumental/equipamento necessário para o ato anestésico e pós-anestésico.

5.3 – Cabe ao **CRENCIANTE** a obrigação de pagar, quando utilizados aparelhos e equipamentos, a respectiva taxa de uso, conforme valores expressos no Anexo I.

5.4 – Quando for necessária a utilização de OPME, mesmo que o seu custo seja pago pelo beneficiário do **CRENCIANTE**, está se obriga a pagar para ao **CRENCIADO (A)** taxa de administração de 10% (dez por cento) – para custear esterilização.

– **DA AUDITORIA MÉDICA** –

**CLÁUSULA SEXTA** – O **CRENCIADO (A)** disponibilizará para o **CRENCIANTE** os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, respeitando, sempre, as regras éticas e legais que envolvem o sigilo profissional, conforme previstas no Código de Ética Médica e demais normas aplicáveis.

6.1 – Os prontuários dos beneficiários, bem como todas as anotações e peças que os compõem, tais como: boletins de anestesia, resultados de exames, laudos, pareceres e relatórios de enfermagem, poderão ser consultados por médicos auditores formalmente indicados pelo **CRENCIANTE**, os quais se obrigam ao dever de sigilo quanto às informações a que tiverem acesso, por conta da conferência de contas.

6.1.1 – Todos os documentos serão conferidos e auditados na sede do **CRENCIADO**.

6.2 – O **CRENCIANTE** poderá designar médico(a) para acompanhar o cumprimento deste contrato, sendo-lhe assegurado o livre acesso a dependências do **CRENCIADO (A)**, não podendo, no entanto, interferir direta ou indiretamente na orientação terapêutica ou



administrativa, assim como deve submeter-se às regras de segurança e higiene vigentes no ambiente hospitalar.

**6.3** - Caberá ao Diretor Técnico do **CREDENCIADO (A)**, sempre que for solicitado, efetuar os esclarecimentos necessários ao **CREDENCIANTE** sobre o atendimento dispensado aos beneficiários, bem como facilitar o trabalho da Auditoria Médica.

**– DO FATURAMENTO –**

**CLÁUSULA SÉTIMA** – As faturas dos serviços prestados pelo **CREDENCIADO (A)**, correspondentes ao espelho de cada conta - cujo modelo constitui o Anexo II -, juntamente com os documentos que as instrui, serão colocadas à disposição do (a) **CREDENCIANTE**, em dias e horários comerciais, sempre na sede do **CREDENCIADO (A)**.

**7.1** - O **CREDENCIANTE** assume a responsabilidade integral pelos documentos que lhes forem entregues pelo **CREDENCIADO (A)**, devendo guardá-los e manter sigilo de suas informações, respondendo, com exclusividade, por eventuais prejuízos, danos materiais e morais decorrentes dessa obrigação.

**7.2** – O médico Auditor do (a) **CREDENCIANTE**, na conferência de contas e faturas, atuará conforme o disposto na **Resolução CFM nº. 1.614/2001**.

**7.3** - As faturas deverão ser entregues para o **CREDENCIANTE** de forma organizada e em envelope lacrado.

**7.4** - Para o fechamento das faturas a serem apresentadas ao **CREDENCIANTE** deverão ser computados somente os serviços prestados até o dia 10 (dez) do mês de referência. As faturas devem ser entregues até o dia 10 (dez) de cada mês, salvo no mês de dezembro, quando a entrega deve ocorrer até o dia 05 (cinco).

**7.5** – As faturas que não forem apresentadas mensalmente dentro do prazo, serão incluídas no mês seguinte, já que não serão admitidas inclusões após a data fixada.

**7.6** – O **CREDENCIADO (A)** terá um prazo máximo de 60 (sessenta) dias para apresentar as faturas, após os quais o **CREDENCIANTE** não estará obrigado ao pagamento de multas e juros.

**7.7** – O **CREDENCIANTE** se obriga a realizar o pagamento das faturas mensais até o dia 30 (trinta) do mês subsequente ao da apresentação das faturas, mediante depósito na conta bancária do **CREDENCIADO (A)**, de nº 2000-1, mantida na agência 5014, do Banco 756.

**7.8** – Cada pagamento a ser efetuado pelo **CREDENCIANTE** ao **CREDENCIADO (A)** será antecedido de consulta para comprovação de sua regularidade fiscal com o Sistema de Seguridade Social –INSS, o que se fará por meio de confirmação on line, via terminal, ficando estabelecido que o pagamento das faturas ficará suspenso se comprovada irregularidade nos recolhimentos.

**7.9** – O **CREDENCIADO (A)** apresentará as faturas por meio físico, relacionando os serviços prestados, assim como o nome e código do beneficiário, número da guia de internação, datas de internação e alta, número de dias internado, nome do médico assistente, com número do CRM, nome e código do procedimento realizado, materiais, medicamentos, gases, demais serviços de diagnósticos e terapia.

**7.10** – No caso de atraso no pagamento das faturas, os valores devidos pela **CREDENCIANTE** ao **CREDENCIADO (A)** serão acrescidos de correção monetária pela



variação do IGP-M/FGV, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento).

**– DOS VALORES DE PAGAMENTO –**

**CLÁUSULA OITAVA** – O valor deste credenciamento, que corresponde ao crédito orçamentário da **CRENCIANTE**, é de **R\$ 540.000,00** (quinhentos e quarenta mil reais), que será pago ao **CRENCIADO (A)** por serviços prestados **até 31 dezembro de 2018**, ou data posterior, desde que acordado entre as partes, por meio de Termo Aditivo a este pacto contratual.

**8.1** – A despesa constante do presente credenciamento terá seu custo coberto com os recursos provenientes da Dotação Orçamentária para o exercício de 2018, assim classificada: **1329.10.244.6031.2140.(19/2018).3390.39(110) - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica.**

**8.2** – Fica expressamente convencionado que o **CRENCIADO (A)**, assim que atingido o teto previsto no **caput** desta cláusula, **estará automaticamente desobrigado de prestar os serviços** objeto deste contrato, exceto para os beneficiários que se encontrarem sob internação hospitalar.

**8.3** – Os valores das diárias, taxas, gases medicinais, medicamentos, materiais e outras despesas serão pagos pelo (a) **CRENCIANTE** ao **CRENCIADO (A)** conforme os valores pactuados nos Anexos I.

**8.4** – A remuneração dos credenciados, sejam pessoas jurídicas ou físicas, será de acordo com os valores e tabelas deliberadas e aprovadas pelo Conselho Gestor do IPARV, conforme Anexo I, publicadas no site [www.iparv.com.br](http://www.iparv.com.br), bem como de acordo com a Tabela AMB-92, salvo os itens não contemplados na mesma, que poderão a critério do IPARV, ser utilizadas as Tabelas LPM-96 CBHPM.

**8.4.1** – Os medicamentos, materiais e soluções serão pagos de acordo com a Tabela TNUMM – TISS – 3.0 - de Rio Verde, e os itens não contemplados na mesma deverão ser pagos conforme Tabela BRASÍNDICE.

**8.4.2** – Os medicamentos, materiais e soluções restritos a Hospitais, que não constam na Tabela TNUMM – TISS – 3.0 - de Rio Verde e que serão pagos conforme a Tabela BRASÍNDICE.

**8.5** – Os gases medicinais (oxigênio, protóxido de azoto, oxido nitroso, gás carbônico e demais gases) serão pagos por volume utilizado.

**8.6** – O pagamento da taxa de sala será realizado da seguinte forma:

- a) Para os procedimentos realizados em ambulatório, com qualquer porte anestésico, será sempre equivalente ao porte correspondente;
- b) Para os procedimentos ambulatoriais realizados em centro cirúrgico, com apresentação do boletim do centro cirúrgico, taxa de sala, será equivalente ao porte anestésico do procedimento;
- c) Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso ou não, as taxas de sala a ser paga será correspondente à de maior porte em 100% (cem por cento) e a segunda em 50% (cinquenta por cento), limitado as duas taxas, independentemente do número de intervenções.



d) Quando não houver porte anestésico previamente cadastrado para o procedimento, fica acordado o pagamento de valor correspondente ao porte 3.

**8.7** – Fica convencionado que a diária hospitalar compreende um período de internação de 24 horas, com tolerância máxima, excedente, de até 4 (quatro) horas.

**8.7.1** – Caso a alta hospitalar exceda de 04 (quatro) horas até 06 (seis) horas, ao **CRENCIANTE** se obriga a pagar, pelo horário excedente à diária de internação, o valor do Box hora, cujo valor está fixado no Anexo I.

**8.7.2** - Caso a alta hospitalar exceda de 06 (seis) horas até 12 (doze) horas, ao **CRENCIANTE** se obriga a pagar 01 (uma) diária de hospital dia, cujo valor está fixado no Anexo I.

**8.7.3** – Caso a alta hospitalar exceda de 12 (doze) horas, será devida uma nova diária de internação.

**8.8** – Os procedimentos serão codificados e atualizados levando-se em consideração a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS, do Padrão de Informações em Saúde Suplementar – TISS.

#### **– DAS GLOSAS –**

**CLÁUSULA NONA** – O **CRENCIANTE** poderá efetuar glosas totais ou parciais na conta hospitalar. Toda glosa será comunicada formalmente pelo (a) **CRENCIANTE** ao **CRENCIADO (A)**, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a entrega da fatura. Constitui obrigação do (a) **CRENCIANTE** a apresentação de justificativa de cada glosa, ficando terminantemente proibida glosa linear ou sem fundamentação.

**9.1** – O **CRENCIADO (A)**, por sua vez, após comunicado da glosa, terá o prazo de 30 (trinta) dias para contestá-la, quando poderá apresentar suas explicações por escrito para o **CRENCIANTE**, podendo juntar os documentos que entender necessários à defesa de seus interesses. Terá o **CRENCIANTE**, então, mais 15 (quinze) dias para decidir se mantém ou revoga a glosa.

#### **– DA ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE REMUNERAÇÃO –**

**CLÁUSULA DÉCIMA** – A cada 12 (doze) meses da aplicação do último reajuste ao **CRENCIANTE** se reunirá com o **CRENCIADO (A)** para negociar o reajuste dos valores de remuneração, com o objetivo de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Enquanto as partes não acordarem um índice de reajuste anual, os preços dos serviços e diárias de internação serão reajustados com base na variação do **IPCA-SAÚDE/IBGE**.

#### **– DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO –**

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** - O presente credenciamento terá sua vigência a partir da data de sua assinatura até **31/12/2018**, quando, então, as partes poderão prorrogá-lo, caso assim acordem, mediante a assinatura de Termo Aditivo.

**11.1** – Fica ratificado que o **CRENCIADO (A)** não terá nenhuma obrigação de prestar os serviços objeto deste pacto quando atingido o teto de despesas previsto na cláusula oitava deste instrumento, ainda que tal aconteça em qualquer data anterior a **31/12/2018**.



**11.2** – O presente credenciamento poderá ser resilido por denúncia de quaisquer das partes, a qualquer momento, sem ônus, independentemente de apresentação de motivos, desde que notificada à outra com 30 (trinta) dias de antecedência.

**11.3** - O presente credenciamento, sem prejuízo do disposto no item 11.2, retro, poderá ser rescindido se ocorrer, isoladamente e/ou cumulativamente, as condições seguintes:

- a) Deixar o **CRENCIANTE** atrasar o pagamento das faturas por prazo superior a 15 (quinze) dias;
- b) Não observância de qualquer cláusula, condição e/ou obrigação assumida pelas partes;
- c) Não observância de normas sanitárias e/ou outras condições que vise o bom atendimento ao beneficiário, por parte do **CRENCIADO (A)**;
- d) Por concordância expressa das partes contratantes;
- e) Se constatada fraude na utilização dos serviços.

**11.4** – Ocorrendo a rescisão, o **CRENCIADO (A)** repassará para o **CRENCIANTE** as informações dos beneficiários em tratamento continuado ou que necessitam de atenção especial para continuidade do tratamento.

**11.5** – O **CRENCIADO (A)** concluirá a prestação do serviço médico-hospitalar de beneficiários que necessitem ficar internados após a data de vigência deste contrato, até a respectiva alta ou remoção, porém, caberá o **CRENCIANTE** realizar o pagamento das despesas daí decorrentes.

#### - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS -

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** – Em havendo necessidade ou interesse das partes contratantes em alterar este instrumento, será, sempre, por meio de um **TERMO DE ADITIVO**.

**12.1** – Toda e qualquer tolerância das partes quanto ao descumprimento das condições estabelecidas no presente contrato, não significará novação ou alteração das disposições neste instrumento pactuadas, mas tão somente mera liberalidade momentânea da parte que não exigir da outra o cumprimento de sua obrigação.

**12.2** - O **CRENCIADO (A)** compromete-se a manter, durante a vigência deste contrato, o padrão de qualidade dos serviços igual ou superior ao da contratação.

**12.3** – A relação contratual estabelecida entre as partes não será de exclusividade.

#### - DO FORO -

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** - As partes elegem o foro da comarca de Rio Verde – Goiás, para dirimir quaisquer questões decorrentes do cumprimento das obrigações reciprocamente assumidas no presente pacto, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado ou especial que seja ou venha a ser.

E, por assim estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas, para que surtam todos os efeitos legais.



Rio Verde (GO), 02 de janeiro de 2018.

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE RIO VERDE – IPARV - Credenciante**

**UNIMED DE RIO VERDE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (HOSPITAL UNIMED RIO VERDE) – Credenciado (a)**

Testemunhas:

Nome: Marcion FANINA  
CPF: 999.680.611-15

Nome: Maurício  
CPF: 276087601-25

Dr. Márcio Emrich Campos  
Dir. Recursos e Serviços Assistenciais  
**Unimed/SP**  
rio verde

Documento: credenciamento  
Publicado no Placar do Instituto de  
Previdência e Assistência dos Servidores do  
Município de Rio Verde-IPARV.

Em: 05/01/2018

Lourivaldo Oliveira Montalvão  
Lourivaldo Oliveira Montalvão  
Presidente da CPL





**ANEXO I**

**TABELA 1. REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS.**

Valores em CH

TIPO DE ATENDIMENTO	TIPO DE PROCEDIMENTO	VALOR
Hospitalar	Consulta	0,90
	Cirurgia	0,56
	Laboratorial	0,28
	Radiodiagnóstico	0,28
	Ultrassonografia	0,28
	Tomografia	0,28
	Ressonância	0,28
	Tratamento Clínico	0,56
Clínico	Consulta	0,90
	Procedimentos Cirúrgicos	0,56
	Materiais/Medicamentos	0,30
Ambulatorial	Procedimentos em Ambulatórios	0,56
	Consulta	0,90
	Materiais/Medicamentos	0,30
Laboratorial	Patologia Clínica	0,31
	Anatomia Patológica	0,38
Médico	Consulta	0,90
	Cirurgias	0,56
	Procedimentos em Geral (Ambulatorial)	0,56
	Cardiologia	0,36
	Endoscopia	0,36
	Tisiopneumologia	0,36
	Oftalmologia	0,36
	Otorrinolaringologia	0,36
	Alergologia	0,36
	Fonoaudiológica	Consulta
Sessões		0,49
Psicológico	Consulta	0,90
	Sessões	0,49
Nutricional	Consulta	0,90
Fisioterapêutico	Sessões	0,39
Odontológico	Odontológico*	0,47
Rx	Filme Radiológico	20,00



**TABELA 3.4. Hospital Unimed Rio Verde**

**1. DIÁRIAS.**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80029906	Box/ Hora	Uso	9,17
80061510	Café para acompanhante	Dia	2,90
80011017	Refeição para acompanhante*	Por refeição	8,78
80012027	Berçário normal ou alojamento conjunto	Dia	84,20
80012035	Berçário Patológico (inclui. Capacete hood, fototerapia, incubadora)	Dia	148,03
80013023	Enfermaria	Dia	157,27
80015000	Isolamento Enfermaria	Dia	30% de Acrec. Diária

**2. TAXAS E SERVIÇOS.**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80055010	Arco Cirúrgico	Uso	113,95
80054552	Artroscópio cirúrgico (vídeo)	Uso	210,79
80051065	Artroscópio diagnóstico (vídeo)	Uso	165,74
80052088	Capnografo (fora da UTI)	Uso	67,76
80053386	Cardiotocografo	Hora	18,86
80042619	Cateterismo vesical (exceto Cirúrgico e UTI)	Procedimento	50,64
80055026	Cistoscopia + fibra ótica + luz	Uso	165,66
80043869	Colchão de água (fora da UTI)	Dia	8,45
80052126	Colonoscópio com vídeo	Uso	105,01
80052444	Criocautério para catarata e retina	Uso	48,60
80041868	Curativo Ambulatorial	Procedimento	12,34+Mat/Med
80052495	Desfibrilador fora da UTI	Uso	85,18
80041906	Díálise Peritoneal	Procedimento	50,64
80042341	Dissecção de veia	Procedimento	50,64
80052622	Endoscopia digestiva diagnostica com vídeo	Uso	84,82
80052614	Endoscopia digestiva cirúrgica com vídeo	Uso	107,65
80052673	Endoscopia ginecológica diagnostica com vídeo	Uso	143,55
80052584	Endoscopia respiratória cirúrgica com vídeo	Uso	430,68
80052592	Endoscopia respiratória diagnostica com vídeo	Uso	84,82
80052630	Endoscopia urológica cirúrgica com vídeo	Uso	430,68
80052649	Endoscopia urológica diagnostica com vídeo	Uso	143,55
80042228	Esvaziamento manual de megacolon	Sessão	180,85
80052800	Facoemulsificador	Uso	59,24
80053394	Fibra ótica	Uso	30,39
80042210	Gelo Seco	Aplicação	47,20
80053017	Histeroscopia com vídeo	Uso	175,05
80043871	Infiltração (somente em ambulatório)	Procedimento	50,64
80042970	Instalação de equipo de PVC - Fora da UTI	Procedimento	14,24
80043852	Instalação de tração esquelética	Procedimento	47,20
80053130	Ionizador	Uso	2,50



80053181	Laparoscopia com vídeo	Uso	385,12
80053181	Laringoscópio com vídeo	Uso	84,82
80053220	Laser	Uso	193,23
80042813	Lavagem (gástrica, intestinal, retal terapêutica)	Procedimento	50,64
80053270	Marca-passo temporário	Dia	166,98
80053327	Microscópio Cirúrgico	Uso	142,29
80061303	Nebulização/ Aerossol (não inclui O2)	Sessão	8,44
80043356	Punção (articular, pleural, abdominal, lombar)	Procedimento	14,24
80055100	Raio X (C. Cirúrgico) com intensificador de imagem	Uso	113,94
80055001	Raio X na sala cirúrgica	Uso	49,54
80054110	Respirador a volume (MA1) em UTI	Hora	7,13
80031212	Taxa de sala de curativo (escoriações)	Uso	12,34+Mat/Med
80031226	Taxa de sala de curativo (queimados)	Uso	36,99+Mat/Med
80031200	Taxa de sala de endoscopia	Uso	77,45

### 3. OUTRAS TAXAS DE SALA.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80021000	Taxa de sala de cirurgia - Porte 0	Uso	86,80
80021018	Taxa de sala de cirurgia - Porte 1	Uso	200,55
80021026	Taxa de sala de cirurgia - Porte 2	Uso	299,30
80021034	Taxa de sala de cirurgia - Porte 3	Uso	401,09
80021042	Taxa de sala de cirurgia - Porte 4	Uso	505,87
80021050	Taxa de sala de cirurgia - Porte 5	Uso	604,64
80021069	Taxa de sala de cirurgia - Porte 6	Uso	706,39
80021077	Taxa de sala de cirurgia - Porte 7	Uso	811,16

### 4. GASOTERAPIA.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80000001	Ar comprimido	Litro	0,07
80061400	Oxigênio	Litro	0,05
80061508	Protóxido de Azoto (litro)	Litro	0,11
80061109	Gás Carbônico (CO2)	Litro	0,08

#### OBSERVAÇÕES:

- 1 Acompanhante em enfermaria: Conforme Lei 9656/98 NR-2177-43, a cobertura de despesas de um acompanhante ocorrerá somente no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos.
- 2 As cirurgias infectadas terão acréscimo de 100% do valor total da taxa de sala, correspondente.
- 3 As taxas de salas terão acréscimo de 20% de 19h às 7h do dia seguinte, dos dias úteis, sábado após às 12h, domingos e feriados em qualquer horário desde que caracterizada emergência.



- 4 Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso ou não, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente à taxa de sala de maior porte acrescida de 50% do valor da segunda cirurgia.
- 5 A alimentação dos acompanhantes será remunerada nos valores da tabela acima, desde que se comprove mediante autorização assinada pelo acompanhante, paciente ou pelo titular do convênio

## Anexo II

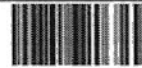
Formato de Espelho da Conta

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'D' followed by a smaller, more complex signature element.

**HOSPITAL**

**HOSPITAL UNIMED RIO VERDE**

AV JOSE WALTER, 0 - Rio Verde - GO  
 CGC: 37275625000419 - Inscr. Est.: - Fone: 30515151  
 (CNES7695004)



**CONTA  
 PACIENTE**

1236

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 10.996  
 Nº I.C.: 48.292

**Unimed**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula 02281415000019001
Categoria: Enfermaria	Plano:	

Prontuário: 22551	Data Entrada: 26/06/2017 10:25:14	Data Saída: 28/06/2017 07:28:28	Motivo Alta: Alta Melhorado
Médico:			Tipo Atend.: 1 Internado
			Espec/Clinica.: 2 Cirurgica
Setor entrada: Internação	Tipo acomodação: Enfermaria		
CID Princ.: -			
Endereço: Rua 123 - Qd.20 It.01B	Bairro.: Jardim Presidente	Município: Rio Verde	UF.: GO
Cep.: 75908290	País.: Brasil	RG.: 756647	CPF.: 19025220100
	Senha.: 9254433	Val. Carteira: 20/06/2018	

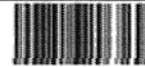
Dt. Conta: 26/06/2017	Dt. Inicial: 26/06/2017	Dt. Final: 28/06/2017	Ref.: 01/07/2017
Categoria: Enfermaria	Título		

Honorários Médicos	1.641,93
Diárias	441,58
Taxas de Enfermagem	1.247,23
Medicamentos	1.299,63
Materials	371,10
<b>Total Geral</b>	<b>5.001,47</b>

Seq.	Data	TUSS	Proced.	Descrição	Função	Qtd Tx.	T.H.	Port	CH	Valor	
<b>Centro Cirúrgico</b>											
1	26/06/2017	31103170	31103170	Cistostomia Cirúrgica	Instrumenta	1	70	1	2	0	0,00
2	26/06/2017	31103170	31103170	Cistostomia Cirúrgica	Cirurgião	1	70	1	2	0	180,04
3	26/06/2017	31103170	31103170	Cistostomia Cirúrgica	Anestesista	1	70	1	2	0	129,47
4	26/06/2017	31201130	31201130	Ressecção Endoscópica	Instrumenta	1	100	1	5	0	0,00
5	26/06/2017	31201130	31201130	Ressecção Endoscópica	Cirurgião	1	100	1	5	0	706,73
6	26/06/2017	31201130	31201130	Ressecção Endoscópica	Anestesista	1	100	1	5	0	625,69
<b>Total - Centro Cirúrgico</b>						<b>6</b>					<b>1.641,93</b>
<b>Total de Honorários Médicos</b>						<b>6</b>					<b>1.641,93</b>

Seq.	Código	Descrição	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>Internação</b>					
1	6000C	Taxa De Quil. Coletivo De 2 Leitos Com Banheiro Privativo	2	220.7900	441,58
		Taxa De Internação	2		441,58
<b>Total de Diárias</b>			<b>2</b>		<b>441,58</b>

Seq.	Código	Descrição	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>Centro Cirúrgico</b>					
1	60023112	Taxa De Sala Cirúrgica. Porte Anestésico 2	1	191,3500	191,35
2	60023147	Taxa De Sala Cirúrgica. Porte Anestésico 5	1	741,0400	741,04
3	60027452	Taxa De Monitor De Vídeo, Por Uso	1	200,0000	200,00
4	60033860	Taxa De Aparelho De Endoscopia Urológica. Por Uso	1	111,2400	111,24
5	60034130	Ar Comprimido, Por Minuto	60	0,0600	3,60
<b>Total - Centro Cirúrgico</b>			<b>64</b>		<b>1.247,23</b>



Paciente:	Convênio:	Usuário-Matricula 02281415000019001	Nota: Emissão:
Categoria: Enfermaria	Plano:		Nº Atend: 10.996 Nº I.C.: 48.292

Total de Taxas de Enfermagem

64

1.247,23

Medicamentos

Seq.	Descrição Medicamento	Código	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
			<b>Centro Cirúrgico</b>		<b>S/ tx acrés.</b>	
1	Ácido Tranexâmico 50mg/mL amp 5mL	826	amp	2	7,0500	14,10
2	Água Destilada amp 10mL	193	amp		0,5700	0,57
3	Água Destilada Bs 250mL	51163	Bs		6,4900	32,45
4	BUPIvacaina 0,5% + Glicose 8% amp	52814	amp		9,8900	9,89
5	Clonidina 150mcg amp 1mL	53374	amp		6,4800	6,48
6	Clorexidina Aquosa 0,2% Almotolia	53358	Fr		0,0100	1,00
7	Dexametasona 10mg amp 2,5mL	166	FA	1	2,1800	2,18
8	Dimenidrato 30mg + Vit B6 + Glicose EV	52869	amp	1	2,3800	2,38
9	Fentanila 100mcg amp 2mL (50mcg/mL)	52841	amp	1	2,6400	2,64
10	Lidocaína 2% Geléia Tubo 30g	54030	g	30	0,4500	13,50
11	Metoprolol 5mg amp 5mL (1mg/mL)	52851	amp	1	24,5500	24,55
12	Midazolam 5mg amp 5mL (1mg/mL)	52809	amp	1	4,1700	4,17
13	Morfina 0,2mg amp 1mL	52797	amp	1	4,4600	4,46
14	Ondansetrona 4mg amp 2mL (2mg/mL)	38873	amp	2	26,9100	53,82
15	Ranitidina 50mg amp 2mL (25mg/mL)	487	amp	1	1,1600	1,16
16	Sorbitol 3% 3000mL	50	Bs	9	26,5200	238,68
17	Soro Fisiológico 0,9% 1000mL	72	Bs	26	7,6600	199,16
18	Soro Fisiológico 0,9% 500mL	72	Bs	3	5,6400	16,92
<b>Total - Centro Cirúrgico</b>				<b>187</b>		<b>628,11</b>
			<b>Internação</b>		<b>S/ tx acrés.</b>	
1	Água Destilada amp 10mL			23	0,5700	13,11
2	CefTRIAXONA 1g frs	533	Fr	4	22,7400	90,96
3	Clorexidina Aquosa 0,2% Almotolia	533	Fr	100	0,0100	1,00
4	Clorexidina Degermante 2% Almotolia	5336	Fr	100	0,0200	2,00
5	Dipirona 1g amp 2mL (500mg/mL)	342	amp	7	0,6400	4,48
6	Ondansetrona 4mg amp 2mL (2mg/mL)	38873	amp	5	26,9100	134,55
7	Ranitidina 50mg amp 2mL (25mg/mL)	487	amp	6	1,1600	6,96
8	Soro Fisiológico 0,9% 1000mL	13812	Bs	8	5,4400	43,52
9	Soro Fisiológico 0,9% 1000mL	175	Bs	40	7,6600	306,40
10	Soro Glicose 500mL	178	Fr	7	6,4400	45,08
11	Tenoxicam 1g frs	36662	FA	2	11,7300	23,46
<b>Total - Internação</b>				<b>302</b>		<b>671,52</b>
<b>Total de Medicamentos</b>				<b>489</b>		<b>1.299,63</b>

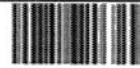
Materiais

Seq.	Descrição Material	Código	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
			<b>Centro Cirúrgico</b>		<b>S/ tx acrés.</b>	
1	Aguilha Raqui 25G x 3,5	70015678	un	1	48,8200	48,82
2	Aguilha Raqui 27G x 3,5 (Cinza)	70015678	un	1	48,8200	48,82
3	Aguilha 25 X 07 Sem Disposit Seg	70014280	un	3	0,2100	0,63
4	ATADURA CREPOM 20CMX1,25MT (EM	70034400	un	4	4,5100	18,04
5	Capa p/ Videocirurgia	19031231	un	1	6,8000	6,80
6	Catéter Nº20 Intravenoso Periférico	70139032	un	2	5,3100	10,62
7	Coletor de Urina Sistema Fechado 2000L	19062722	un	1	13,2800	13,28
8	Compressa Cir 45cmX50cm c/ Fio Radiop	19039199	pct	5	3,6500	18,25
9	Compressa de Gaze 7,5 X 7,5 13 fios Pct	19040541	pct	3	1,5100	4,53

**HOSPITAL**

**HOSPITAL UNIMED RIO VERDE**

AV JOSE WALTER, 0 - Rio Verde - GO  
 CGC: 37275625000419 - Inscr. Est.: - Fone: 30515151  
 (CNES7695004)



**CONTA  
 PACIENTE**

1236

**Unimed**

Paciente:	Convênio:	Usuário Matrícula <b>02281415000019001</b>	<b>Nota:</b>
Categoria: <b>Enfermaria</b>	Plano:		<b>Emissão:</b>
			Nº Atend: <b>10.996</b>
			Nº I.C.: <b>48.292</b>

10 Eletrodo Descartável Adulto (2223BRQ)	19040318	Pç	5	0,8100	4,05
11 Equipo Macro Gotas c/ Injetor Lateral	70904294	un	3	2,4800	7,44
12 Fita Microporosa 5,0cm X 1000cm Branca	70272557	cm	20	0,0100	0,20
13 Lâmina de Bisturi Nº 15	19062960	un	1	0,1200	0,12
14 Lâmina de Bisturi Nº 23	19062960	un		0,1200	0,12
15 Luva Cirúrgica Nº 6,5	19028503	Par		1,6600	1,66
16 Luva Cirúrgica Nº 7,5	19028503	Par	1	1,6600	1,66
17 Luva Cirúrgica Nº 8,0	19028503	Par	2	1,6600	3,32
18 Luva de Procedimento Média	19030072	Par		0,2800	1,12
19 Luva de Procedimento Pequena	19030072	Par	4	0,2800	1,12
20 Mononylon 4-0 1170T, Ag Cort 3/8 x	70259569	env	1	19,0300	19,03
21 Placa Eletrocirúrgica Universal c/ Anel de	70851670	Pç	1	9,1800	9,18
22 Polifix 2 Vias	70223769	Pç	1	2,7400	2,74
23 Seringa Descartável 10mL	19039735	un	2	1,2400	2,48
24 Seringa Descartável 20mL Luer Slip	19025755	ur	3	3,4600	10,38
25 Seringa Descartável 5mL	19041382		5	0,8300	4,15
26 Sonda Foley 2 Vias Nº 16	70714240		1	4,7500	4,75
27 SONDA FOLEY 30CC 3VIA NR 16 A 26	70714347	Pç	1	20,0900	20,09
28 SONDA URETRAL NR 16	7077	Pç	1	1,1900	1,19
<b>Total - Centro Cirúrgico</b>			<b>79</b>		<b>264,59</b>
		<b>Int. Internação</b>		<b>S/ tx acrés.</b>	
1 Agulha 25 X 07 Sem Disposit Seg	19014280	un	14	0,2100	2,94
2 Agulha 40 X12 Sem Disposit Seg	19014370	un	8	0,3200	2,56
3 Algodão Hidrófilo 500g	1900	RI	120	0,0300	3,60
4 Catéter Nº18 Intravenoso Per	19013902		1	5,5200	5,52
5 Coletor de Urina Sistema F	19012722	un	1	13,2800	13,28
6 Compressa de Gaze 7,5 X 13 fios Pct	1901541	pct	7	1,5100	10,57
7 CURATIVO	7011357	Pç	1	8,3400	8,34
8 Equipo Macro Gotas c/ Injetor Lateral	70904294	un	1	2,4800	2,48
9 Luva de Procedimento Média	19030072	Par	24	0,2800	6,72
10 Polifix 2 Vias	70223769	Pç	1	2,7400	2,74
11 Seringa Descartável 10mL	19039735	un	7	1,2400	8,68
12 Seringa Descartável 20mL Luer	19025755	un	10	3,4600	34,60
13 Ser. Descartável 5mL	19041381	un	7	0,6400	4,48
<b>Total - Internação</b>			<b>202</b>		<b>106,51</b>
<b>Total de Materiais</b>			<b>281</b>		<b>371,10</b>



### ANEXO III

#### PROCEDIMENTOS QUE NÃO POSSUEM COBERTURA PELO IPARV-ASSISTÊNCIA

Estão excluídos da cobertura do IPARV-Assistência os seguintes:

- I - Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- II - Consultas domiciliares e medicamentos para tratamento domiciliar;
- III - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, bem como medicina ortomolecular e mineralograma de cabelos;
- IV - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, cirurgia para mudança de sexo e inseminação artificial;
- V - Hemodiálise, diálise peritoneal, exceto em casos de pacientes em UTI com insuficiência renal aguda;
- VI - Fornecimento de medicamentos importados ou não nacionalizados;
- VII - Próteses, órteses e materiais especiais, exceto nos casos de fratura em situação de urgência e emergência.
- VIII - Tratamentos ilícitos ou antiéticos sob o aspecto médico ou não-reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX - Qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica;
- X - Utilização de serviços médicos ou hospitalares sem ter cumprido o período de carência previsto na legislação;
- XI - Internação para tratamento fisioterápico;
- XII - Enfermagem particular;
- XIII - Tratamento esclerosante de varizes de membros inferiores;
- XIV - Vacinas preventivas;
- XV - Atendimento ao filho do segurado titular nascido e não-inscrito no IPARV-Assistência a partir do 30º (trigésimo) dia após a data do nascimento;
- XVI - Hidroginástica e Reeducação Postural em Geral (RPG);
- XVII - Cirurgia Bariátrica;
- XVIII - Antibioticoterapia em Pronto Atendimento.





**XIX** - Fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea;

**XX** - Transplantes;

**XXI** - Tratamento clínico sob regime de internação de pacientes com diagnóstico primário de dependência química e a nicotina ou a cafeína;

**XXII** - Investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como técnicas de fecundação e inseminação assistida;

**XXIII** - Exames médicos para clubes, academias, avaliação vocacional e outros exames que não sejam para tratamento com a saúde;

**XXIV** – Tratamento com medicamentos biológicos;

**XXV** – Tratamento de câncer (radioterapia, incluindo radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia);

**XXVI** - Medicamentos frutose, neo-cebetil, frutoplex e similares, utilizados no Pronto Atendimento e Internações;

**XXVII** - Equipamento de Proteção Individual – EPI, exceto luva estéril e luva de procedimento;

**XXVIII** - Taxa de utilização para isolamento sem autorização prévia da Auditoria Médica do Instituto (a patologia deve estar de acordo com diagnóstico e com parecer da CCIH- *Comissão de Controle de Infecção Hospitalar*);

**XIX** - Material permanente e a manutenção deste;

**XXX** - Placa de hidrocoloide (curativo);

**XXXI** - Nutrição parenteral e enteral;

**XXXII** - Procedimento e tratamento realizado não compatível com a cobrança de box/hora;

**XXXIII** - Medicação de uso contínuo em paciente em Box/Hora;

**XXXIV** - Serviços nas especialidades de implantodontia, ortodontia e prótese dentária;

**XXXV** – Procedimentos, tratamentos que não constem nas Leis, Regulamentos, Resoluções Normativas e Tabelas Próprias do IPARV-Assistência.

**XXXVI** – Cirurgias cardíacas.

Art. 4º - Não será necessária autorização prévia do IPARV para a cobertura de OPMEs (órteses, próteses e materiais especiais), que se fizerem



necessárias para cirurgias ortopédicas (casos de fratura), em situação de urgência e emergência.

§1º. REVOGADO.

§2º. REVOGADO.

Art. 5º. Os tratamentos realizados dentro da área de abrangência, por profissionais médicos e/ou serviços hospitalares e de diagnósticos somente serão reembolsados, mediante requerimento administrativo realizado dentro do ano do exercício, quando não houver médicos ou serviços credenciados ao IPARV.

Art. 6º. Em nenhuma hipótese, será permitido o reembolso ou a cobertura de qualquer procedimento eletivo ou de urgência/emergência fora do Município de Rio Verde.

Art. 7º. Para o pagamento de hemoderivados conforme Normativa do Ministério da Saúde, o IPARV só pagará por tratamento em hemoterapia os seguintes códigos da Tabela AMB 92:

I – 27.04.015-1

II – 27.04.019-4

II – 27.04.024-0

IV – 27.04.036-4