

EDITAL DE ABERTURA Nº 014/2023 DE 04 DE OUTUBRO DE 2023

FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE – PB SAÚDE

A **FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE**, considerando suas atribuições perante os Contratos de Gestão firmados com a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, e visando a manutenção dos recursos humanos lotados nas Unidades geridas e/ou apoiadas por esta Fundação, TORNA PÚBLICA, para conhecimento dos interessados, a abertura de procedimento de **CREDENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**, na data, local e horário indicados, destinado à contratação de EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA, OBSTETRÍCIA E PEDIATRIA, para atender a Rede Hospitalar da Rede Materno Infantil, conforme termos de convocação e contratos de gestão celebrados por essa instituição, obedecendo a legislação vigente, e demais exigências previstas neste Edital e seus Anexos.

RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS DE CREDENCIAMENTO

Período: 06/10/2023 a 13/10/2023

Horário: 09hs as 17hs (horário de Brasília) - presencialmente

Horário: até 23:59 (horário de Brasília) - E-mail

Local: Av. Presidente Epitácio Pessoa, nº 1410, Torre. João Pessoa – PB.

Sede Administrativa da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde

E-mail: pbsaudecredenciamento@gmail.com

Site: https://pbsaude.pb.gov.br

Seção I – DO OBJETO

1. O presente Edital tem por objeto o Credenciamento de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços Médicos nas Especialidades de Anestesiologia, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia conforme a demanda assistencial descrita no Plano de Trabalho desenvolvido pela PB SAÚDE para atender e adstritos aos Contratos de Gestão nº 002/2023, 043/2023 e 0199/2023 celebrados entre a referida Fundação e a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), cuja prestação de serviços será efetuada na forma exigida no Termo de Referência.
2. Os interessados poderão solicitar credenciamento em acordo com o período estimado, e com observância a todos os requisitos deste Edital;
3. A Referência de valores dos Procedimentos Diagnósticos e Plantões Médicos seguirá a Tabela Unificada de Procedimentos da PB SAÚDE, anexada ao Termo de Referência em acordo com o orçamento preliminarmente definido pela Gestão Administrativa;
4. **A PB SAÚDE não se obriga a credenciar todos os procedimentos ofertados, mas sim, reservando-se o direito de contratar somente aqueles solicitados e na quantidade adequada às demandas dos Contratos de Gestão firmados entre a referida Fundação e a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, assim como ao cenário orçamentário e financeiro de tais Contratos;**
5. A manifestação de interesse ao objeto do presente Edital não implica no credenciamento imediato da Pessoa Jurídica, devido a avaliação prévia dos analistas técnicos, quanto a demanda e ao financeiro dos Contrato de Gestão citados neste Edital;
6. O detalhamento do objeto pretendido e da prestação de serviços, encontram-se no Termo de Referência em Anexo.
7. Os prestadores serão cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para fins de recebimento de valores dos Serviços Habilitados pelo Ministério da Saúde na Unidade Hospitalar.

Seção II – DA ESPECIALIDADE

8. Os Credenciados deverão ser aptos a prestação de serviços médicos nas especialidades de ANESTESIOLOGIA, OBSTETRÍCIA, PEDIATRIA GERAL, PEDIATRIA INTENSIVA E NEONATOLOGIA;
9. Será admitido o credenciamento de uma única Pessoa Jurídica para mais de um dos itens pretendidos, desde que a empresa cumpra os requisitos do Referido Edital e àqueles estabelecidos no Termo de Referência.

Seção III – DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

10. **Será vedada a participação de pessoas jurídicas:**
11. Cujo objeto social expresso no Estatuto ou Contrato Social da Pessoa Jurídica interessada no Credenciamento não seja compatível com o objeto da Seção I;
12. Que não funcionem no país;
13. Declaradas inidôneas por ato do Poder Público;
14. Que estejam sob decretação de falência ou recuperação judicial ou extrajudicial ou dissolução ou liquidação;
15. Sociedades Cooperativas;
16. Entidades empresariais que estejam reunidas em consórcio;
17. Que tenham entre seus sócios-administrativos, pelo menos 01 (um) dos seguintes: Cônjuge, Companheiro, ou Parente em Linha reta ou colateral, por consanguinidade ou por afinidade, até o Terceiro grau, dos agentes públicos e políticos definidos no art. 1º, da Lei nº 8.124/2006 (alterada pela Lei nº 10.272/2014);
15. Empresários controladores, controlados ou coligados, nos termos da Lei n.º 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si;
16. Impedidas de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública ou quaisquer de suas entidades
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 1410 - 1º Andar - Expedicionários - João Pessoa - PB

descentralizadas;

17. Incluídas na Lista de Inidôneos, mantida pelo TCU;
18. Incluídas no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS), mantido pela CGU (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);
19. Incluídas no Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no site www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php);
20. Incluídas no Cadastro de Fornecedores Impedidos de Licitar e Contratar Com a Administração Pública Estadual – CAFIL-PB, regulamentado pela Lei 9.697 de 04 de maio de 2012 (<http://www.cge.pb.gov.br/gea>);
21. Que se enquadrem nas vedações previstas no Regulamento Interno de Compras e Contratações de Serviços - RICCS, da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB SAÚDE.

Seção IV – DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO E PRAZO DE ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

22. O presente Credenciamento terá sua vigência vinculada aos Contratos de Gestão n.º 002/2023, n.º 043/2023, n.º 199/2023, efetivado entre a PB SAÚDE e SES-PB, ou instrumento que o substitua, podendo ser prorrogado pelo prazo de até 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua homologação, observada a disponibilidade orçamentária e financeira, o interesse público (analisado pelas demandas assistenciais e reprimidas de cirurgias eletivas) e os princípios gerais da Administração Pública, podendo a PB SAÚDE, a seu critério, realizar nova chamada para credenciamento.
23. Para a adesão ao Credenciamento, que será formalizado a partir do Resultado no Diário Oficial do Estado da Paraíba – DOE e no portal da PB SAÚDE na internet, no endereço eletrônico <https://pbsaude.pb.gov.br>, os interessados, em qualquer número, deverão encaminhar a documentação obrigatória, com vistas à habilitação e à formalização do requerimento de Credenciamento, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, improrrogável, após a publicação deste Edital.

Seção V – DO REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

24. As Pessoas Jurídicas interessadas deverão apresentar à Comissão Especial por meio de seu endereço eletrônico pbsaudecredenciamento@gmail.com ou, presencialmente, no Setor específico da Sede Administrativa da PB SAÚDE, toda a documentação exigida para a habilitação, obrigatoriamente acompanhada do Requerimento de Credenciamento e da Ficha Cadastral, conforme modelos dos Anexos I e II, respectivamente, deste Edital.
25. O requerimento de credenciamento e a Ficha Cadastral deverão ser adequadamente preenchidos, sem emendas, rasuras, entrelinhas, ou ambiguidade, acompanhado da documentação solicitada neste Edital, preferencialmente em papel timbrado próprio do proponente, conforme modelos constantes deste instrumento convocatório;
26. O requerimento apresentado de forma incompleta, rasurado ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerado inepto, podendo o interessado apresentar novo requerimento escoimado das causas que ensejaram sua inépcia;
27. O requerimento vincula o proponente, sujeitando-o, integralmente, às condições deste credenciamento.

Seção VI – DAS CONDIÇÕES DA HABILITAÇÃO

28. **As Pessoas Jurídicas interessadas no Credenciamento deverão apresentar os seguintes documentos para sua habilitação jurídica e qualificação econômico-financeira:**
 - a. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor e alterações devidamente registradas, em se tratando de sociedade empresária; e, no caso de sociedade por ações, a tais documentos deverá ser adicionada a ata arquivada da assembleia da última eleição da diretoria ou contrato consolidado;
 - b. Indicação do(s) representante(s) legal(is), com a respectiva documentação, com poderes para praticar todos os atos necessários em nome da pessoa jurídica, em todas as etapas deste Credenciamento, e para o exercício de direitos e assunção de obrigações decorrentes deste Edital e seus Anexos;
 - c. Certidão negativa de falência, recuperação judicial ou recuperação extrajudicial expedida pelo distribuidor da sede da proponente.
 29. **As interessadas deverão apresentar os seguintes documentos para comprovação de sua regularidade fiscal:**
 - a. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
 - b. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN, referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União – DAU por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 2 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional;
 - c. Certidão Negativa Estadual;
 - d. Certidão Negativa Municipal;
 - e. Prova de regularidade junto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS;
 - f. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
 30. **As interessadas deverão apresentar os seguintes documentos para comprovação de sua qualificação técnica:**
 - a. Registro formal da empresa no Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB);
 - b. *Curriculum vitae* e documento do profissional do Responsável Técnico em que conste Nome, Especialidade e Número de registro no CRM-PB, além dos documentos comprobatórios relacionados a atividade profissional (Diploma de Graduação, Diploma de Pós-Graduação ou documento similar);
 - c. Relação dos Profissionais Médicos que realizarão as atividades-fim do Objeto Contratual, com as suas devidas qualificações técnicas;
 - d. Para fins de Assinatura Contratual, a Contratada deverá apresentar os seguintes documentos de cada um dos
- Av. Pres. Epitácio Pessoa, 1410 - 1º Andar - Expedicionários - João Pessoa - PB
CEP: 53.040-000

profissionais que realizarão as atividades profissionais: Diploma de Graduação dos Médicos, Comprovante de Registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) da Paraíba e Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na área de prestação, dos respectivos profissionais, e preenchimento adequado de formulário do CNES de cada profissional; **bem como declaração de ausência de vínculo com a PB Saúde, nos termos do art.9, III da Lei 8.666/93;**

- e. Demonstração de que os serviços restam listados em seu objeto social;
 - f. Apresentar todas as licenças e autorizações necessárias para a realização das suas atividades e prestação dos serviços.
31. A proponente deverá, para fins de habilitação, apresentar declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, de acordo com o previsto no inciso V do art. 27 da Lei 8.666/93 – modelo de declaração em anexo, assim como as demais declarações, conforme modelos em anexo (Anexo III, IV e V).
 32. Os documentos apresentados deverão estar regulares e com prazos de validade vigentes.
 33. Comissão Especial de Credenciamento da PB SAÚDE poderá consultar o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF) ou outros sítios oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões, para verificar as condições de habilitação das proponentes.
 34. O exame e julgamento da documentação recebida serão processados pela Comissão Especial de Credenciamento, que poderá conceder um prazo adicional para complementação dos documentos faltantes ou para promover a regularização dos documentos entregues, mediante comunicação eletrônica preliminar.
 35. Na análise dos documentos de habilitação, a Comissão Especial de Credenciamento poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado registrado e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação.
 36. A Comissão Especial de Credenciamento da PB SAÚDE poderá solicitar pareceres técnicos dos Profissionais pertencentes ao quadro de Pessoal da Fundação ou das Unidades Hospitalares Geridas ou, ainda, do corpo técnico da Secretária de Saúde do Estado da Paraíba para orientar eventuais decisões ou esclarecimentos pertinentes.
 37. O julgamento da documentação recebida e os Resultados de Credenciamento serão divulgados no portal eletrônico da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde na internet e no Diário Oficial do Estado da Paraíba - DOE.
 38. A critério da Comissão Especial de Credenciamento da Fundação, a divulgação do julgamento da documentação recebida e dos Resultados de Credenciamento poderá ser realizada, paulatinamente, à medida que as documentações forem recebidas, analisadas e julgadas, conforme as condições estabelecidas neste Edital.
 39. Constatado o atendimento às exigências fixadas neste Edital, a proponente será declarada **habilitada** e após a assinatura do Termo de Credenciamento, será considerada **Credenciada**.
 40. Não haverá uma ordem de Classificação das Proponentes, portanto todas as Habilitadas poderão ser signatárias do Termo de Credenciamento.

Seção VII – DO DESCRENCIAMENTO

41. O descredenciamento do Credenciado poderá ser solicitado pelo Credenciado, mediante aviso prévio, por escrito, e o adequado encaminhamento à Comissão Especial de Credenciamento da Fundação PB SAÚDE, de forma presencial na Sede Administrativa ou através do e-mail pbsaudecredenciamento@gmail.com;
42. O descredenciamento será realizado dentro de um prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data do recebimento do aviso de solicitação, mantendo-se, durante este prazo, a execução ininterrupta dos serviços de atenção à saúde, que englobam todas as atividades propostas no Termo de Referência, e as obrigações dela decorrente, nos termos deste Edital e de instrumento contratual, também em conformidade com o Código de Ética Médica, descrito a partir da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009;
43. Nos casos de descredenciamentos solicitados pelo Credenciado, haverá um prazo mínimo de 06 (seis) meses para uma nova participação de Credenciamento da Fundação PB SAÚDE, que seguirá o rito proposto pelo novo Edital;
44. O Credenciado ou a PB SAÚDE poderão denunciar o Credenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas neste Edital ou na Legislação pertinente.
45. A PB SAÚDE pode, a qualquer momento, solicitar o descredenciamento do Credenciado, dentre outros fatos geradores, se:
 - a. O Credenciado não cumprir as obrigações de prestações dos serviços, designados no Termo de Referência, num quantitativo de 03 (três) vezes, durante o período de até 06 (seis) meses;
 - b. Não mantiver as condições que possibilitaram o seu credenciamento;
 - c. Fatos ou motivos para rescisão do credenciamento, previsto na legislação vigente.
46. O não-cumprimento das disposições mencionadas neste Edital e/ou das normas previstas no instrumento contratual poderá acarretar o descredenciamento do Credenciado, garantindo o contraditório e a ampla defesa.
47. Fica facultada a defesa prévia do Credenciado, a ser apresentada no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação de descredenciamento, com a assinatura do Responsável Técnico e Sócio-Administrador.
48. Se o descredenciamento ocorrer em razão do previsto no item 21, o Credenciado será impedido de participar de Credenciamento da PB SAÚDE, durante um prazo mínimo de 01 (um) ano, após o Parecer Técnico da Comissão Especial de Credenciamento, que será responsável pela avaliação da gravidade do fato gerador do descredenciamento, e que poderá vir a aceitar ou não o pedido do interessado.
49. O descredenciamento administrativo ou amigável deverá ser precedido de autorização escrita e fundamentada na autoridade competente.

Seção VIII – DA EXECUÇÃO DO OBJETO

50. A finalidade do presente Credenciamento é a prestação dos serviços médicos nas Especialidades de **Anestesiologia, Obstetrícia, Pediatria Geral, Pediatria Intensiva e Neonatologia** conforme detalhado no Termo de Referência, para atender à necessidade assistencial da Rede Estadual de Unidades de Saúde sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, observando-se das seguintes premissas:
Rua da Cidadela, 19 - Arraial - Expedicionários - João Pessoa - PB
CEP: 58.040-000

- a. As definições quanto ao tipo de assistência ou oferta, quantitativos semanais, prazos de entrega, especificações, condições de fornecimento a serem realizados pela Empresa Credenciada, serão definidas de acordo com as demandas assistenciais da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e em acordo com as capacidades infraestruturais e logísticas da Fundação;
 - b. A prestação dos serviços contratados deverá seguir todas as recomendações e preceitos do SUS, e observando-se o disposto no Art. 198 da Constituição Federal, no inciso I do Art. 4º, e no Art. 7º da Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde;
 - c. Os plantões médicos deverão respeitar o Código de Ética Médica, descrito na Resolução do CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, sendo disponibilizado aos profissionais desse regime de atividade: repouso ou estar médico próximo ao local de atendimento, alimentação e toda infraestrutura necessária para a execução de suas atividades;
 - d. A Credenciada deverá garantir, no caso das atividades médicas de plantões presenciais, a atividade ininterrupta e presencial, de Segunda-Feira a Domingo e com duração de 12 (doze) horas, de todos os médicos escalados para as atividades, em acordo com o Termo de Referência; no caso de plantões de sobreaviso ou de disponibilidade, a Credenciada deverá disponibilizar o médico assistente da Especialidade em até 30 (trinta) minutos, após sua adequada convocação pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade Hospitalar;
51. A convocação dos Credenciados para a prestação dos serviços, segue os itens abaixo:
- a. As Atividades de **Plantões Presenciais, Visitas Médicas, Consultas Ambulatoriais e Cirurgias Eletivas** serão realizadas após a Homologação das Empresas Credenciadas, no tempo preliminarmente definido, a partir de divisão proporcional do Objeto, e de forma equitativa, em acordo com a Capacidade Operacional das Empresas Homologadas, para um período de 12 (doze) meses, que será definido através de Instrumento Contratual, que poderá ser prorrogado pelo mesmo período;
 - b. Os atos anestésicos dos **Procedimentos de Cirurgias Eletivas** serão regulamentados, imediatamente após a homologação das Empresas Credenciadas, a partir de um Sistema de Rodízio Semanal de Procedimentos, preferencialmente, e proporcional à Capacidade Operacional de cada Empresa.
 - c. Considerando o Sistema de Rodízio Semanal dos Atos Anestésicos dos Procedimentos de Cirurgias Eletivas para a prestação de Serviços do presente credenciamento e detalhado no Termo de referência, não há garantia, pela PB SAÚDE, quanto ao nº de procedimentos que será solicitado a cada Credenciado.
 - d. As solicitações da Execução dos Serviços relacionados aos Atos Anestésicos dos Procedimentos de Cirurgias Eletivas, serão enviadas ao Credenciado pelo Núcleo de Agendamento Cirúrgico do Hospital, através de e-mails ou, presencialmente, ao respectivo representante, enquanto o procedimento apenas será realizado após a confirmação do recebimento pelo Credenciado.
 - e. As solicitações serão enviadas mensalmente, com a respectiva Ordem de Serviço (OS), na qual constará da quantidade e discriminação dos Serviços Profissionais a serem executados, tipos de materiais ou instrumentais necessários, Data e Horários dos Procedimentos, Nome de equipe cirúrgica principal e assistente, observada a legislação pertinente, as normas técnicas e as disposições previstas neste instrumento e em seus anexos.
 - f. No caso de recusa do fornecimento do Serviço Profissional, pelo Credenciado, este deverá apresentar justificativa, de maneira imediata, tendo em vista que se trata de procedimentos cirúrgicos pré-agendados.
 - g. A distribuição da demanda dos serviços relacionados ao item: Atos Anestésicos dos Procedimentos de Cirurgias Eletivas, obedecerá a ordem de lista dos Credenciados, de acordo com a especialidade correspondente, levando em consideração ainda, para fins de distribuição da demanda, a quantidade de procedimentos a serem realizados diariamente e a capacidade operacional de cada Credenciado, podendo este critério ser alterado a qualquer tempo pela PB SAÚDE, mediante comunicação prévia do Hospital a todas as empresas credenciadas.
 - h. Nas situações de demanda complementar, que seja vinculada ou derivada de outro procedimento cirúrgico executado por alguma das Empresas Credenciadas, será demandada a credenciada que tenha elaborado o fornecimento original.
 - i. Após a Homologação do Credenciamento, a PB SAÚDE será responsável pela divulgação, através do site <https://pbsaude.pb.gov.br>, a Lista de Credenciados, para cada item, cuja classificação (sequência para prestação dos serviços) ocorrerá através de sorteio aleatório
 - j. A cada fração de 06 (seis) meses ou a critério da PB SAÚDE, será avaliada a necessidade da realização de nova chamada para credenciamento, oportunidade que quando ocorrer o credenciamento de novo interessado, será atualizada a sequência de Credenciados, de acordo com a(s) especialidade(s) indicada(s), com a inclusão deste novo Credenciado no final da lista para prestação dos serviços correspondentes, em igualdade de condições com os demais, levando em consideração a ordem cronológica do requerimento de Credenciamento de cada novo interessado;
52. Após a convocação para Assinatura Contratual e/ou para a Prestação dos serviços, visando o cadastramento dos profissionais alocados pela empresa a ser contratada, serão exigidos documentos específicos que comprovem a habilitação para o exercício da especialidade do objeto contratado, a ser entregue no prazo previsto no Edital: Diploma de Graduação em Medicina, Comprovante de Registro Ativo no Conselho Regional de Medicina Da Paraíba (CRM-PB) E com Título de Especialista/Residência Médica na área a qual o profissional se propõe e Ficha do CNES.
53. Os documentos de novos profissionais que sejam adicionados à Credenciada, também deverá ser apreciado pela PB SAÚDE, preliminarmente, e a execução dos Serviços a partir deste novo profissional será condicionada a autorização formal da PB SAÚDE.
54. O prestador de serviços compreende que a PB SAÚDE realizará atividades de monitorização para avaliar o cumprimento dos princípios de conduta, através de visitas técnicas, notificações e/ou análise de documentações.

Seção IX – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

55. **Ao Credenciado, cabe:**
- a. Executar o serviço, conforme as condições descritas neste Edital e seus anexos, o requerimento de Credenciamento e o respectivo contrato ou documento equivalente, Av. Des. Epitácio Pessoa, 1410-18 Andar, Expediente, João Pessoa - PB
CEP: 58.040-000

- b. Prestar serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, com observância às recomendações de boa técnica, normas e legislação;
- c. Cumprir os prazos previstos na solicitação, respeitando-se as condições deste Edital;
- d. Comunicar ao CREDENCIANTE, por escrito, quando verificar condições inadequadas ou iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços;
- e. Emitir Nota Fiscal referente a prestação de serviços realizada, de acordo com a tabela de procedimento da PB SAÚDE;
- f. Responsabilizar-se integralmente pelo fiel cumprimento dos serviços contratados;
- g. Executar os serviços no prazo correspondente ao regime de execução solicitado pelo CREDENCIANTE;

- h. Realizar diretamente a prestação de serviços solicitada, sem transferência de responsabilidade ou subcontratação total;
- i. Adotar medidas de segurança adequadas, no âmbito das atividades sob seu controle, para a manutenção do sigilo relativo ao objeto contratado;
- j. Manter sigilo, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, sobre qualquer assunto de interesse do Credenciante ou de terceiros de que tomar conhecimento em razão da execução dos serviços ou do procedimento cirúrgico a ser realizado
- k. Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo Credenciante, cujas reclamações se obriga a atender;
- l. Fornecer a qualquer momento, se solicitada pelo Credenciante, e manter atualizada a documentação exigida neste Edital;
- m. Disponibilizar equipamentos necessários na área de atuação a atuação profissional, em conformidade com o Termo de Referência.
- n. Realizar o acompanhamento dos Médicos Residentes da Áreas de Anestesiologia, Pediatria, Neonatologia e Ginecologia e Obstetrícia durante a execução dos Serviços de Saúde na unidade Contratada.

Seção X – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

56. Ao Credenciante cabe:

- a. Descrever detalhadamente todas as informações que sejam pertinentes e necessárias à execução dos Serviços Profissionais, dentre os quais, destacam-se: Tipo de Procedimento Cirúrgico (com a codificação pela Tabela SIGTAP/SUS), horário de procedimento, tipos de materiais e instrumentos necessários, Fluxos Internos.
- b. Realizar o acompanhamento, auditoria e fiscalização da prestação dos serviços, com vistas ao fiel cumprimento, sob os aspectos quantitativos e qualitativos, anotando em registros próprios, eventuais falhas detectadas, e comunicando-as ao Credenciado;
- c. Atestar a execução do objeto por meio de servidor(es) especificamente designado(s) para esse fim;
- d. Efetuar o pagamento adequado ao Credenciado, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital, especialmente a tabela de procedimento da PB SAÚDE, e na legislação vigente.

Seção XI – DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

- 57. Serão declaradas em condições formais e efetivas de prestar os serviços ora pretendidos, conforme a necessidade da Credenciante, as pessoas jurídicas que preencherem todos os requisitos exigidos na legislação, no presente Edital e seus anexos;
- 58. O Termo de Credenciamento é um documento a ser firmado pela Fundação Paraibana de Gestão em Saúde com a Pessoa jurídica, assinado pelo representante legal desta, reputando-se incontestável manifestação formal do aceite irrestrito e integral àquele instrumento, a este Edital e seus anexos.
- 59. Apenas as empresas que tenham sido regularmente habilitadas, celebrarão o Termo de Credenciamento – Anexo.
- 60. O Termo de Credenciamento deverá ser assinado no prazo de até 02 (dois) dias úteis a partir da convocação da PB SAÚDE, podendo ser prorrogado mediante justificativa da solicitante e aceite da unidade hospitalar.
- 61. A Credenciante divulgará no sítio <https://pbsaude.pb.gov.br> e no Diário Oficial da Paraíba a lista das empresas habilitadas e credenciadas.
- 62. A Credenciante poderá, até a publicação mencionada no item anterior deste Edital, inabilitar a empresa interessada, por despacho fundamentado, se tiver informação abalizada de qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior à fase de habilitação, que desabone a qualificação técnica, habilitação jurídica, qualificação econômico-financeira, ou regularidade fiscal da empresa.
- 63. A vigência do Termo de Credenciamento será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos enquanto o Edital estiver vigente.

Seção XII – DO PAGAMENTO

64. Para efeito de pagamento, considerará os seguintes critérios:

- a. O pagamento pela prestação de serviços pela empresa Credenciada será efetuado mensalmente, a partir dos dados da Auditoria de Contas Médicas dos Serviços e/ou efetivamente realizados, com base nas listas de frequências, prontuários dos pacientes, relatório de procedimentos ou outro documento comprobatório, com baseamento na tabela PB SAÚDE vigente na data da execução dos serviços, observadas às cláusulas previstas no instrumento contratual ou congêneres;
- b. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação de documento fiscal idôneo junto à PB SAÚDE;
- c. Os pagamentos mensais somente serão liberados aos credenciados quando devidamente comprovados e

65. Para fins de pagamento deverá ser observado os instrumentos de medição e de verificação dos serviços a serem prestados, descrito no termo de referência, que representarão o compromisso das formas de entrega do objeto.
66. O prazo para pagamento será de no máximo 30 (trinta) dias, contados a partir da data da apresentação da Nota Fiscal/Fatura pela Credenciada/Contratada e dos documentos exigidos no Termo de Referência e anexos para o pagamento.
67. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes ao fornecimento, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará pendente até que a Credenciada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a PB SAÚDE.
68. Antes do pagamento, a PB SAÚDE verificará a manutenção das condições de habilitação e qualificação da Credenciada, especialmente quanto à regularidade fiscal, que poderá ser feita em sites oficiais, devendo seu resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento.
69. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.
70. Será retido para o Fundo Empreender 1,6% das empresas de médio porte ou superior e 1% das empresas de pequeno porte, nos termos do inciso II, do art. 7º, da Lei nº 10.128/2013
71. A Credenciada/Contratada regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.
72. O pagamento será efetuado por meio de Autorização de Pagamento, mediante depósito em conta corrente, na agência e estabelecimento bancário indicado pela Credenciada, ou por outro meio previsto na legislação vigente.
73. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a Autorização de Pagamento.
74. A PB SAÚDE não se responsabilizará por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela Credenciada, que porventura não tenha sido acordada no Termo de Credenciamento.
75. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a Credenciada não tenha concorrido, de alguma forma, para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Credenciante, entre a data do vencimento e o efetivo adimplemento da parcela, é calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

EM = I x N x VP, sendo:

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; VP = Valor da parcela a ser paga.

I = Índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado:

I = (TX)

I = (6/100) / 365

I = 0,00016438

TX = Percentual da taxa anual = 6%.

76. Fica vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos bens fornecidos.

Seção XIII – DO REAJUSTE

77. Os valores inicialmente estipulados para a prestação dos serviços previstos neste edital serão reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde (MS), sobre a Tabela SIA/SUS, garantido sempre o equilíbrio econômico-financeiro, nos termos do art. 26, da Lei nº 8.080/90 e demais legislações vigentes aplicáveis ao caso.
78. O reajuste terá seus efeitos financeiros iniciados a partir da data de aquisição do direito dos Credenciados, nos termos da condição anterior, podendo ser denunciado, a qualquer tempo, pelo credenciado, bastando notificar a PB SAÚDE, à época da prestação do serviço ou solicitação de pagamento.
79. Nos preços fixados estão incluídos todos e quaisquer custos diretos e indiretos referentes ao desempenho das obrigações previstas neste contrato, inclusive tributos, despesas trabalhistas e contribuições previdenciárias, dentre outros necessários à consecução do objeto, de modo que nenhuma outra remuneração será devida pelo adequado e perfeito fornecimento das mercadorias.

Seção XIV – DOS ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

80. Até 03 (três) dias úteis antes da data fixada para o término do recebimento do requerimento de credenciamento, qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá impugnar este Edital mediante petição a ser enviada exclusivamente para o endereço eletrônico pbsaudecredenciamento@gmail.com, até as 19 horas, no horário oficial de Brasília-DF.
81. A Comissão de Credenciamento, através de seu presidente, auxiliado pelo setor técnico competente, decidirá sobre a impugnação no prazo de até 2 (dois) dias úteis, contado da data de recebimento da impugnação.
82. Acolhida a impugnação contra este Edital, será designada nova data para a realização do credenciamento.
83. Os pedidos de esclarecimentos devem ser enviados à Comissão de Credenciamento até 03 (três) dias úteis antes da data fixada para o término do recebimento do requerimento de credenciamento, qualquer pessoa, física ou jurídica, exclusivamente para o endereço eletrônico pbsaudecredenciamento@gmail.com.
84. A Comissão de Credenciamento, através de seu presidente, auxiliado pelo setor técnico competente, responderá os pedidos de esclarecimentos no prazo de até 2 (dois) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido.
85. As respostas às impugnações e aos esclarecimentos solicitados serão disponibilizadas no Portal do PB SAÚDE.

Seção XV – DA HOMOLOGAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

86. Todos os interessados que preencherem os requisitos constantes neste Edital terão seus requerimentos de

credenciamento aprovados pela Comissão de Credenciamento e após a assinatura do Termo de Credenciamento serão considerados Credenciados.

87. A homologação deste credenciamento compete ao Diretor Superintendente da PB SAÚDE.
88. Homologado o credenciamento, a lista de Credenciados e a respectiva classificação, para fins de convocação para realização da prestação de serviços, serão divulgadas no site <https://pbsaude.pb.gov.br> e no Diário Oficial do Estado da Paraíba.

Seção XVI – DO RECURSO

89. **O interessado cujo requerimento de credenciamento for considerado inapto poderá interpor recurso, mediante petição a ser enviada exclusivamente para o endereço eletrônico pbsaudecredenciamento@gmail.com, manifestando-se de forma motivada, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da decisão, assegurada a ampla defesa e o contraditório.**
90. A Comissão Especial de Credenciamento responderá o pedido de recurso no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido, podendo ser auxiliado pelo setor técnico competente
91. O acolhimento do recurso implicará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

Seção XVII – DO INSTRUMENTO CONTRATUAL

92. **Depois de homologado o resultado deste Credenciamento e durante o período de sua vigência, os Credenciados serão contratados mediante:**
 - a. Contrato, para execução dos itens – **Plantões Presenciais, Visitas, Consultas e Cirurgias Eletivas** do presente credenciamento e detalhado no Termo de Referência, para um período de 12 (doze) meses, prorrogável pelo mesmo período, e conforme condições dispostas neste edital e seus anexos.

Seção XVIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

93. O Credenciamento obedecerá às disposições deste Edital, Regulamento Interno de Compras de Bens e Contratações de Serviços da PB SAÚDE, Leis Federais nº 8.080/90 e 8.666/93 e suas alterações, Portaria GM nº 1034/2010, Manual de Orientações para Contratação de Serviços no SUS, com as demais normas do Sistema Único de Saúde, princípios norteadores da Administração Pública e demais normas pertinentes.
94. É facultada à autoridade competente, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, inclusive com a fixação de prazo para resposta.
95. A PB SAÚDE poderá prorrogar, adiar, revogar ou anular o presente Edital, na forma da Lei, sem que caiba aos participantes qualquer direito a reembolso, indenização ou compensação.
96. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.
97. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição ou promovendo o respectivo descredenciamento, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.
98. As proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase deste processo de credenciamento, assumindo ainda, todos os custos de preparação e apresentação de seu requerimento de credenciamento, uma vez que a PB SAÚDE não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo.
99. A prestação de serviços, constante do Termo de Credenciamento, tem caráter corporativo, não constituindo, em hipótese alguma, vínculo empregatício de qualquer espécie, entre a Credenciada e a Credenciante. Assim, todos os encargos sociais, trabalhistas e previdenciários correspondentes aos empregados da Credenciada, bem como a responsabilidade pelo recolhimento dos tributos incidentes sobre a prestação de serviço, objeto do Credenciamento, serão de inteira responsabilidade da Credenciada.
100. Os usuários beneficiários da prestação de serviço pelas empresas Credenciadas, assim como os funcionários deste Hospital, poderão, a qualquer momento denunciar qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou no faturamento, através do e-mail pbsaudecredenciamento@gmail.com, ou pelo telefone 3229-9100;
101. Será garantida a igualdade de condições entre todas as Credenciadas.
102. A homologação do resultado deste credenciamento não implicará direito à contratação.
103. Aos casos omissos aplicam-se as disposições constantes na Lei 8.666/93 e alterações posteriores, nos princípios de direito público e, subsidiariamente, com base em outras leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

Seção XIX – DOS ANEXOS

104. **São partes integrantes deste Edital os seguintes anexos:**
105. Anexo I – Modelo de Requerimento de Credenciamento;
106. Anexo II – Modelo de Ficha cadastral;
107. Anexo III – Modelo de declaração de inexistência de fatos supervenientes impeditivos da habilitação;
108. Anexo IV – Modelo de declaração de comprovação de atendimento do inc. XXXIII do art 7º da CF;
109. Anexo V – Modelo de declaração negativa de relação familiar ou de parentesco
110. Anexo VI – Termo de Referência, com planilha de itens;
111. Anexo VII – Minuta do Termo de Credenciamento

ANEXO I – MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
(Emitir em papel timbrado da empresa)**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

A empresa (razão social), com sede à (quadra, rua, etc.) da cidade (nome da cidade, UF, CEP), neste ato representada pelo(s) (diretores ou sócios, com qualificação completa – nome, RG e órgão expedidor, CPF, nacionalidade, estado civil, profissão e endereço) que a este subscreve(m), vem solicitar seu credenciamento para **PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS**, conforme descrições e exigências do Edital e seus anexos, para os itens a seguir assinalados, vejamos:

	ITEM	DESCRIÇÃO
<input type="checkbox"/>	1	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para Plantão de Emergência e Urgência para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	2	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para Plantão de Emergência e Urgência para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	3	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para Plantão de Emergência e Urgência para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	4	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para visitas médicas pré-anestésicas para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	5	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para visitas médicas pré-anestésicas para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	6	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para visitas médicas pré-anestésicas para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.

<input type="checkbox"/>	7	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para realização de cirurgias eletivas para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	8	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para realização de cirurgias eletivas para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	9	Prestação de serviços médicos especializados de ANESTESIOLOGIA , para realização de cirurgias eletivas para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	10	Prestação de serviços médicos especializados de OBSTETRICIA , para Plantão de Emergência e Urgência para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	11	Prestação de serviços médicos especializados de OBSTETRÍCIA , para Plantão de Emergência e Urgência para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	12	Prestação de serviços médicos especializados de OBSTETRÍCIA , para Plantão de Emergência e Urgência para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	13	Prestação de serviços médicos especializados de OBSTETRÍCIA , para visitas médicas e ambulatório de alto risco em Obstetrícia para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	14	Prestação de serviços médicos especializados de OBSTETRÍCIA , para visitas médicas e ambulatório de alto risco em Obstetrícia para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	15	Prestação de serviços médicos especializados de OBSTETRÍCIA , para

		visitas médicas e ambulatório de alto risco em Obstetrícia para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	16	Prestação de serviços médicos especializados de PEDIATRIA GERAL , para Plantão de Emergência e Urgência para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	17	Prestação de serviços médicos especializados de PEDIATRIA GERAL , para Plantão de Emergência e Urgência para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	18	Prestação de serviços médicos especializados de PEDIATRIA GERAL , para Plantão de Emergência e Urgência para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	19	Prestação de serviços médicos especializados de PEDIATRIA GERAL , para VISITAS MÉDICAS EM ENFERMARIA DE PEDIATRIA GERAL para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	20	Prestação de serviços médicos especializados de PEDIATRIA GERAL , para VISITAS MÉDICAS EM ENFERMARIA DE PEDIATRIA GERAL para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	21	Prestação de serviços médicos especializados de PEDIATRIA GERAL , para VISITAS MÉDICAS EM ENFERMARIA DE PEDIATRIA GERAL para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	22	Prestação de serviços médicos especializados de MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA , para PLANTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus

		anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	23	Prestação de serviços médicos especializados de MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA , para PLANTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	24	Prestação de serviços médicos especializados de MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA , para PLANTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	25	Prestação de serviços médicos especializados de NEONATOLOGIA , para PLANTÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SALA DE PARTO E PRÉ-PARTO para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	26	Prestação de serviços médicos especializados de NEONATOLOGIA , para PLANTÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SALA DE PARTO E PRÉ-PARTO para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	27	Prestação de serviços médicos especializados de NEONATOLOGIA , para PLANTÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SALA DE PARTO E PRÉ-PARTO para a III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	28	Prestação de serviços médicos especializados de NEONATOLOGIA , para PLANTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL para a I MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	29	Prestação de serviços médicos especializados de NEONATOLOGIA , para PLANTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL para a II MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA , conforme discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial, no termo de referência.
<input type="checkbox"/>	30	Prestação de serviços médicos especializados de NEONATOLOGIA ,

para **PLANTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**
para a **III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA**, conforme
discriminado no Edital de Credenciamento e seus anexos, em especial,
no termo de referência.

Local, _____ de _____ de 2023.

~~RAZÃO SOCIAL / CNPJ / NOME DO REPRESENTANTE LEGAL / ASSINATURA~~

ANEXO II – MODELO DE FICHA CADASTRAL
(Emitir em papel timbrado da Empresa)

FICHA CADASTRAL

Razão social:

CNPJ:

Endereço completo:

Telefones:

E-mail:

Dados bancários:

Nome do proponente ou de seu representante legal:

CPF:

RG:

Cargo na empresa:

Local, ____ de _____ de 2023.

RAZÃO SOCIAL / CNPJ / NOME DO REPRESENTANTE LEGAL / ASSINATURA

ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO
(Emitir em papel timbrado da empresa)

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DA HABILITAÇÃO**

A empresa, inscrita no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr.(a), portador(a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº, DECLARA, que, sob as penalidades legais, a inexistência de fatos supervenientes impeditivos da habilitação ou que comprovem a inidoneidade da proponente, nos termos do § 2º do art. 32 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações subsequentes, relativamente ao Edital de Credenciamento nº XXX/2023 de **CRENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE _____**.

Local, ____ de _____ de 2023.

RAZÃO SOCIAL / CNPJ / NOME DO REPRESENTANTE LEGAL / ASSINATURA

ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÃO
(Emitir em papel timbrado da empresa)

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO DISPOSTO
NO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

A empresa, inscrita no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr.(a), portador(a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Local, ____ de _____ de 2023.

RAZÃO SOCIAL / CNPJ / NOME DO REPRESENTANTE LEGAL / ASSINATURA

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima).

ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO
(Emitir em papel timbrado da empresa)

**DECLARAÇÃO NEGATIVA DE
RELAÇÃO FAMILIAR OU DE PARENTESCO**

A empresa, inscrita no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a), portador(a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº, **DECLARA**, sob as penas da lei e para os fins do disposto no inciso III, do art. 1º da Lei nº 8.124/2006, com a redação da pela Lei nº 12.272/2014, **QUE NÃO HÁ DENTRE SEUS SÓCIOS-ADMINISTRATIVOS**, cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou por afinidade, até o terceiro grau, dos agentes públicos e políticos definidos no art. 1º e ss. da citada legislação, e ainda, em respeito ao § 4º do art. 26 da Lei Federal nº 8.080/90, que não há entre os proprietários, administradores e dirigentes desta empresa ocupantes de cargo de chefia ou função de confiança na Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB SAÚDE).

Local, ____ de _____ de 2023.

RAZÃO SOCIAL / CNPJ / NOME DO REPRESENTANTE LEGAL / ASSINATURA

ANEXO VI – TERMO DE REFERÊNCIA**Seção I – DO OBJETO**

1. Este Termo de Referência tem por objeto o CREDENCIAMENTO de pessoa(s) jurídica(s) de direito privado com a finalidade de ofertar a prestação de Serviços Médicos nas Especialidades de Anestesiologia, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia, destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde assistidos nas Unidades sob Gestão da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB SAÚDE).

Seção II – DA JUSTIFICATIVA

2. A Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB SAÚDE) é entidade pública de direito privado contratada pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) para gerenciar unidades hospitalares e serviços assistências de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
3. A Rede Materno-Infantil compreende as Unidades Hospitalares da Rede Estadual de Saúde da Paraíba que atendem, em sua integralidade, as usuárias gestantes, puérperas e ao público pediátrico, composta por hospitais de média e alta complexidade, envolvidos no processo de assistência ao pré-natal e à primeira infância.
4. A Rede de Unidades de Saúde gerida pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba compreende 32 Hospitais, 2 Complexos Hospitalares e 4 Unidades de Pronto Atendimento, referência para 223 municípios paraibanos e para mais de 4 milhões de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).
5. A Assistência Médica Especializada configura-se como desafio para gestão em saúde no SUS. A má distribuição das vagas de graduação em Medicina e polarização das Residências Médicas nos grandes centros metropolitanos colaboram para a concentração de profissionais médicos especializados em regiões litorâneas, principalmente no Norte e Nordeste brasileiro.
6. A regionalização da Assistência Especializada em Saúde é um desafio reconhecido pelo Ministério da Saúde, que incentiva iniciativas estaduais de interiorização dos serviços de saúde, visando, também, a economicidade e segurança com o Transporte Sanitário de usuários que poderiam receber tratamento próximo à sua origem.
7. Na Paraíba, de acordo com relatório da Secretaria de Estado da Saúde, são realizadas, em média, 231 (duzentas e trinta uma) transferências sanitárias intermunicipais, com o objetivo de atender às demandas de saúde de pacientes que necessitam de Assistência Especializada. Destas, estima-se que 32% correspondem àquelas onde uma usuária gestante precisa ter acesso a Maternidade de Alto Risco.
8. Ainda segundo a Secretaria de Estado da Saúde, a Paraíba possui índices elevados de mortalidade materna e infantil, com percentuais consideráveis para mortalidade neonatal. O principal fator causador, segundo a SES, é a falta de profissionais médicos e enfermeiros especializados envolvidos no Alto Risco gestacional. Enfermagem Obstétrica, Neonatologistas, Anestesiologistas, Obstetras e Pediatras constituem este grupo de profissionais essenciais para o integral, e obrigatório, atendimento à saúde da gestante e dos recém-nascidos.
9. A SES possui em seu quadro 441 (quatrocentos e quarenta e um) profissionais médicos nas áreas aqui citadas, que, em regime de plantão e de atendimento ambulatorial, contribuem para os avanços alcançados até aqui. Residentes em grandes centros de Saúde, como Patos, Campina

- Grande e, principalmente, João Pessoa, configuram um perfil que concorda com o cenário nacional: centralização da assistência médica especializada.
10. Este Edital objetiva a contratualização de empresas médicas especializadas no atendimento materno e infantil, em Hospitais Gerais, Distritais, Regionais, de Trauma e no Metropolitano, tornando possível vincular estes profissionais para atender a urgente e crescente demanda de Saúde da população paraibana.
 11. A partir da avaliação dos itens preliminarmente mencionados, esclarece-se que há uma demanda insuficiente de profissionais médicos para a execução assistencial dos Serviços Essenciais à Saúde nas Unidades Estaduais componentes da Rede Materno Infantil, na área Eletiva, Urgência e Emergência.
 12. O Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 90, de 03 de fevereiro de 2023, instituiu o Programa Nacional de Redução nas Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas.
 13. Na Paraíba, foi criado o Programa Opera Paraíba, a partir de uma estratégia de Gestão em Saúde Pública, estruturado a partir da Portaria Nº 665/GS publicado no Diário Oficial do Estado da Paraíba (DOE-PB) em 17 de outubro de 2019, com o objetivo de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos do Estado da Paraíba, para todas as faixas etárias.
 14. Posto isso, também há uma evidente necessidade de ampliação da oferta de serviços regionalizados e hierarquizados área Médica, que permitam o cuidado integral da saúde do usuário do SUS, e do acesso dos pacientes ao atendimento especializado, a partir da identificação presumida da demanda reprimida de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e a falta de assistência aos Procedimentos Especializados.
 15. Os Procedimentos Médicos na área cirúrgica possuem demanda sazonal ou são procedimentos eletivos, com demanda represada, mas não contínua e ad eternum, com uma finitude de número de procedimentos cirúrgicos.
 16. A Constituição Federal, em seu Art. 196º descreveu que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*.
 17. Considerando os Princípios e Diretrizes do SUS, que foram estabelecidos no Art. 7º do Capítulo II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:
 - I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 18. Com o advento do SUS, a Saúde passou a ser um direito fundamental do ser humano, e a população brasileira passou a ter acesso igualitário, gratuito e universal à saúde.
 19. Nesse sentido, é dever do Estado assegurar aos cidadãos, indistintamente, o direito à saúde, oferecendo aos que não possam arcar com o seu tratamento, todos os meios necessários para tanto, conforme disciplinado pela Lei nº 8.080/1990.
 20. No mesmo diapasão, a Lei 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990, também chamada da Lei Orgânica da Saúde trouxe avanços significativos a respeito da participação privada no SUS, que deve ser considerada quando esgotada a capacidade operacional da rede pública de Saúde de uma determinada localidade.

21. Na Carta Magna, há ainda a descrição que a participação de instituições privadas no Sistema Público de Saúde deve seguir diretrizes deste, e ser mediada por contratos de direitos públicos.
22. A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 197 discrimina que as ações de saúde são de relevância pública e, pela sua natureza, exige do administrador público ações e soluções imediatas, no sentido de prevenir agravos ao usuário do SUS.
23. O Sistema de CREDENCIAMENTO é um procedimento auxiliar que visa a processo de contratação direta, na qual a Administração Pública convoca a todos para contratar, mediante exigências mínimas constantes no Edital, e fixação prévia de valores, visando assim como na Licitação, vantajosidade para a Administração, podendo contratar com todos aqueles que cumprirem os requisitos no instrumento convocatório.
24. O Credenciamento está embasado no Art. 25º, *caput* da Lei de Licitações e Contratos (Lei nº 8.666/93), para a contratação direta, sendo observados os princípios da legalidade, impessoalidade, isonomia, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório e julgamento objetivo.
25. Ainda assim, o Art. 24º *caput* e seu parágrafo único, da Lei nº 8.080/90 admite a contratação de serviços ofertados pela iniciativa privada em caráter complementar quando forem insuficientes a população, visando resguardar o princípio da Supremacia do interesse público sobre o particular:

Art. 24º Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo Único: A participação Complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio observadas, a respeito, as normas do direito público.
26. Nesse atual contexto, verifica-se uma eminente necessidade de complementação dos Serviços de Assistência Médica Especializada da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde, devido ao aumento considerável da demanda por Procedimentos de Urgência e Eletivos.
27. Portanto, a PB SAÚDE recorre a iniciativa privada por intermédio de CREDENCIAMENTO, com a finalidade de satisfazer o interesse público demandado nos Contrato de Gestão nº 002/2023, nº 043/2023 e nº 199/2023, bem como os que por ventura venham a ser celebrados, a partir da contratação múltipla e simultânea dos interessados, no mesmo nível de igualdade.
28. É importante que essa contratação ocorra em caráter **complementar** devido a relevância pública e suas especificidades, visando a manutenção e eficiência dos serviços, com embasamento legal no Art. 199 da Constituição Federal.
29. O presente Termo de Referência estabelece preços fixos e irrevogáveis, exceto nos casos de reajustamento dos valores oficiais realizados pelo Ministério da Saúde em relação a Tabela de Procedimentos descritos no SIGTAP/SUS.
30. Destarte, não há que se falar em pagamento de sobretaxa, complementação ou percentual de acréscimo em relação a tabela de procedimento e serviços adotada pela PB SAÚDE, ficando, assim, pré-fixado o valor remunerado pelos serviços credenciados.
31. No caso em tela, fica caracterizada a inviabilidade de competição, pelo fato de que existem diversas empresas que prestam o mesmo serviço; a remuneração será igual para todos e pré-determinada pela Administração; todos os interessados do ramo do objeto podem ser contratados (desde que atendam aos requisitos mínimos de qualificação), sendo assim, não há como ser estabelecida a competição entre os interessados.

32. Por outro lado, o procedimento de CREDENCIAMENTO nos modelos mencionados, alerta-se que o papel da iniciativa privada na prestação dos serviços do SUS é em caráter acessório e temporário, contudo torna-se imperioso afirmar que **há finitude de procedimentos cirúrgicos eletivos no Estado da Paraíba**, o que tornaria inviável, pela própria sazonalidade, a realização de concurso público voltado para seleção de profissionais nas especialidades objeto do presente termo, sob o risco de não obtenção de vantajosidade à Administração Pública.
33. A recomendação administrativa do **Ministério Público de Contas da Paraíba nº 08/2023**, definiu que *“a Diretoria da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde - PB SAÚDE, quando restar comprovada a impossibilidade de competição ou a disputa se caracterizar como inviável ao atendimento da demanda contratual, adote, preferencialmente o procedimento de credenciamento para realizar as contratações dos Serviços Médicos”*.
34. Desta forma, torna-se evidente e cristalino que a contratação dos serviços profissionais garantirá atendimento, favorecendo a população, permitindo assim que o paciente seja atendido com celeridade e resguardando-lhe a saúde, diminuição as chances de agravamento de sua patologia e o risco de morte por desassistência.

Seção III – DA TABELA DE PROCEDIMENTOS PB SAÚDE E VALORES DE PLANTÕES

35. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) é uma ferramenta do Sistema Único de Saúde que concentra todas as informações necessárias para o faturamento de contas médicas, sendo regido pela Portaria de Consolidação nº 1 do GM/MS.
- 35.1 Esse instrumento de Gestão, permite o acesso à Tabela de Procedimentos do SUS, além do acompanhamento de alterações que sejam realizadas a cada competência, com detalhamento das características dos procedimentos, compatibilidades, coberturas do Código Internacional da Doença (CID), entre outros;
- 35.2 A Tabela de remuneração proposta no SIGTAP possui um desfasamento de cerca de 21 (vinte e um) anos e isso promoveu um desinteresse dos profissionais de saúde quanto a execução dos procedimentos cirúrgicos, causando um aumento significativo de demanda reprimida de pacientes que aguardam cirurgias eletivas;
- 35.3 O subfinanciamento do SUS também é um fator importante, uma vez que os Estados são obrigados a recorrerem ao orçamento do seu próprio Tesouro, para o financiamento e complementação de diversos procedimentos, nas áreas de Média e Alta Complexidade.
36. Na Saúde Suplementar, ainda existem diversas outras Tabelas que podem ser consultadas para avaliação da referência de remuneração do procedimento, com o objetivo de orientar o faturamento hospitalar.
- 36.1 A Tabela Brasíndice é utilizada para consultar valores de serviços na área de saúde, e facilitar contratos entre hospitais e operadoras de planos de saúde;
- 36.2 A Tabela de Remuneração de Honorários Médicos, denominada de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CHBPM), foi lançada no ano de 2003, sendo reconhecida por diversas operadoras de saúde, e pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), utilizada frequentemente na codificação para a Tabela TUSS;
- 36.3 A Tabela CHBPM foi desenvolvida pela Associação Médica Brasileira (AMB) a partir de uma avaliação econômica das especialidades médicas, que envolveu a Fundação de Pesquisas Econômicas (FIPE) e o Conselho Federal de Medicina (CFM);
- 36.4 A definição dos valores da Tabela CHBPM ocorre a partir da avaliação da complexidade

técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário do profissional, e a partir dessa hierarquização, foram criados os portes e seus subportes; Diversas outras tabelas também foram desenvolvidas, a exemplo da Tabela TUSS, que foi embasada na 5ª edição da CHBPM, e dividiu o painel remuneratório em 04 (quatro) categorias: procedimentos médicos, diárias e taxas, materiais e medicamentos e órteses, próteses, materiais especiais.

37. Em relação às atividades de Plantões Médicos, a remuneração foi calculada a partir de uma avaliação ampla das seguintes características: grau de complexidade, duração de pós-graduação ou residência médica e quantidade de profissionais disponíveis no Estado. Além disso, cumpre destacar que no cálculo relativos aos plantões médicos foi observada a recomendação do Ministério da Saúde de adoção de medidas que estimulem a interiorização da assistência e atuação de profissionais especialistas de forma que unidades hospitalares menores e mais distantes dos grandes centros possam ser objeto de requerimento de credenciamento por partes das empresas interessadas.
38. Foram avaliados diversos Editais de Credenciamento de outras Unidades Federativas, nas áreas médicas objeto deste Edital, em vistas à similaridade de objeto, enquanto os valores dos plantões e visitas, foram definidos pela média inferior das comparações locorregionais realizadas.
- 38.1 A Tabela adotada pela PB SAÚDE inclui apenas honorários médicos.

Seção IV – DO ENQUADRAMENTO DO CREDENCIAMENTO

39. O objeto a ser credenciado enquadra-se na condição de INEXIGIBILIDADE de licitação (Art. 25, Lei 8.666/93), caracterizada pela inviabilidade de competição entre os concorrentes, uma vez que os valores e serviços a serem credenciados são padronizados e não há uma seleção, no sentido de disputa, mas um credenciamento, e ainda existe a possibilidade de contratação de todos os prestadores de serviços que atenderem às e exigências estabelecidas pela PB SAÚDE, durante o período predeterminado de envio de documentações, para ulterior contratação.

Seção V – DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

40. A prestação dos serviços profissionais na área de ANESTESIOLOGIA, OBSTETRÍCIA, PEDIATRIA GERAL, PEDIATRIA INTENSIVA E NEONATOLOGIA, nos serviços gerenciados e, que possam vir a ser, pela PB SAÚDE, especificada neste termo, a todo paciente do SUS, que deste necessite, deve ser realizada da seguinte forma:
- 40.1 Regionalizada, considerando a Rede de Estadual de unidades de saúde.
- 40.2 Através de **Plantões Presenciais**, de Segunda-Feira a Domingo, de forma ininterrupta, durante ao período das 07:00 às 19:00 e 19:00 às 07:00, inclusive, feriados, de forma a atender todas as demandas necessárias da Unidade Hospitalar de destino durante esse período;
- 40.2.1 **Os Plantões Médicos devem ser executados nas Unidades hospitalares que compõem a Rede gerenciada e, que possam vir a ser, pela PB SAÚDE, devendo a Credenciada indicar, no ato da inscrição, em formulário específico, o local onde pretende prestar o serviço. São elas:**

Tabela 1: Relação das Unidades de Saúde componentes da Rede Materno-Infantil

UNIDADE	MUNICÍPIO	MACRO
HOSPITAL DISTRITAL FRANCISCO BENTO CABRAL	AGUIAR	III
HOSPITAL DISTRITAL LUIS ALENXANDRINO DA SILVA	BELÉM	I
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS DEP JOSE DE SOUSA MACIEL	CAJAZEIRAS	III
UPA CAJAZEIRAS	CAJAZEIRAS	III
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	CAMPINA GRANDE	II
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	CAMPINA GRANDE	II
HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS	CATOLÉ DO ROCHA	III
HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM MARINHO	COREMAS	III
HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA	GUARABIRA	I
UPA GUARABIRA	GUARABIRA	I
HOSPITAL REGIONAL SEBASTIÃO RODRIGUES DE MELO	ITABAIANA	I
HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE GOMES DA SILVA	ITAPORANGA	III
HOSPITAL GERAL JOSÉ FÉLIX DE BRITO	ITAPOROROCA	I
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA	JOÃO PESSOA	I
HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	JOÃO PESSOA	I
HOSPITAL DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA	JOÃO PESSOA	I
MATERNIDADE FREI DAMIÃO	JOÃO PESSOA	I
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA A TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	JOÃO PESSOA	I
HOSPITAL DISTRITAL FREI DAMIÃO	LAGOA DE DENTRO	I
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	MAMANGUAPE	I
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA	MONTEIRO	II
HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ MARIA PIRES	JOÃO PESSOA	I
HOSPITAL DO SERVIDOR GENERAL EDSON RAMALHO	JOÃO PESSOA	I
HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE	PATOS	III
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO	PATOS	III
COMPLEXO HOSPITALAR DEP JANDUHY CARNEIRO	PATOS	III
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES	PIANCÓ	III
HOSPITAL REGIONAL DR FELIPE THIAGO GOMES	PICUI	II
HOSPITAL REGIONAL SENADOR RUI CARNEIRO	POMBAL	III
UPA PRINCESA ISABEL	PRINCESA ISABEL	III
HOSPITAL GERAL DR PATRICIO LEAL DE MELO	QUEIMADAS	II
HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	SANTA LUZIA	III
UPA SANTA RITA	SANTA RITA	I
HOSPITAL DISTRITAL DR. OVÍDIO DUARTE	SERRARIA	I
HOSPITAL ESTADUAL DR. FRANCISCO ASSIS FREITAS	SOLÂNEA	I
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES	SOUSA	III
HOSPITAL DISTRITAL ANTONIO HILARIO GOUVEIA	TAPEROÁ	III

- 40.2.1.1 Durante o Plantão, o profissional médico deve estar apto a realizar Triagem dos Usuários, Atendimento Clínico, Procedimentos Cirúrgicos de Urgência (quando lhe compete), Pareceres Médicos e Apoio Diagnóstico junto aos Centros de Diagnósticos por Imagem nos setores de Urgência e Emergência das Unidades Hospitalares contratualizadas.
- 40.2.2 **Através de Plantões presenciais em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**, de Segunda-Feira a Domingo, de forma ininterrupta, durante as 12 (doze) horas, inclusive, feriados, de forma a atender todas as demandas necessárias da macrorregião referenciada durante esse período, nas unidades descritas na Tabela 8;
- 40.2.3 **Plantões presenciais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**, de Segunda-Feira a Domingo, de forma ininterrupta, durante as 12 (doze) horas, inclusive, feriados, de forma a atender todas as demandas necessárias da macrorregião referenciada durante esse período, nas unidades descritas na Tabela 8;

- 40.2.4 **Plantões presenciais em Urgência, Emergência, Sala De Parto E Pré-Parto**, de Segunda-Feira a Domingo, de forma ininterrupta, durante as 12 (doze) horas, inclusive, feriados, de forma a atender todas as demandas necessárias da macrorregião referenciada durante esse período, nas unidades descritas na Tabela 7;
- 40.2.5 **Realização de procedimentos anestésicos de Cirurgias Eletivas ou Exames Invasivos Eletivos**, para ANESTESIOLOGISTAS, de Segunda-Feira a Domingo, inclusive feriados, através de horário previamente agendado, não podendo ser realizada pelos mesmos profissionais que estão em regime de Plantão Presencial, nas Unidades Hospitalares as quais se propõe;
- 40.2.6 **Realização de visitas médicas e pré-anestésicas**, de Segunda-Feira a Domingo, durante o período da manhã e/ou tarde e/ou noite, em acordo com a solicitação do Núcleo Interno de Regulação e/ou Núcleo de Agendamento Cirúrgico da Unidade Hospitalar.
41. O número efetivo de MÉDICOS ESPECIALISTAS nos Plantões de Urgência e Emergência será estabelecido em acordo com a Tabela 7 e seguirá rigorosamente a Resolução 007, de 24 de fevereiro de 2010, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
42. Cabe ressaltar que o corpo clínico da Empresa CREDENCIADA deve ser composto por especialistas na área para qual se propõe.
- 42.1 As empresas Credenciadas, poderão prestar os serviços pretendidos, através de profissionais habilitados e especializados, que integra o seu quadro permanente, mediante vínculo empregatício ou mesmo societário, ou ainda através de contrato de prestação de serviço regido pela legislação civil comum.
- 42.2 A CREDENCIADA deverá encaminhar relação contendo os nomes e documentações de todos os profissionais médicos que executaram os serviços e procedimentos à PB SAÚDE, que será responsável pela avaliação documental.
43. Os procedimentos deverão ser prestados para os usuários da faixa etária adulta e pediátrica.

Seção VI – DA ESTIMATIVA DE QUANTITATIVO E VALORES

44. O presente CREDENCIAMENTO tem como referência os valores pré-fixados na Tabela da PB SAÚDE (2023), sendo o pagamento subdividido da seguinte forma:
45. O número total de procedimentos e o impacto no orçamento e custeio a serem contratados por meio do presente CREDENCIAMENTO, tem como parâmetros a série histórica de serviços realizados pela PB SAÚDE e pela Secretaria de Estado da Saúde e a sua expansão, e a disponibilidade financeira do Contrato de Gestão, respectivamente.
46. Os valores pagos referentes aos procedimentos de ANESTESIOLOGIA de cirurgias eletivas, serão através da emissão inicial da Ordem de Serviço Especializado (OSE), sendo necessário o adequado recebimento da solicitação da CREDENCIANTE e a sua confirmação, além do preenchimento do prontuário médico, ficha de anestesiologia, que serão avaliadas pelo Setor de Contas Médicas e Auditados pelo Setor de Auditoria Médica, para posterior recebimento;
47. A remuneração referente as atividades de VISITAS MÉDICAS E PLANTÕES DE PRESENCIAIS será realizada através de valores pré-fixados, de acordo com o quantitativo mensal estabelecido neste termo de referência, auditados pelo Setor de Auditoria Médica.
48. A CREDENCIANTE pagará às CREDENCIADAS, de acordo com os serviços prestados mensalmente a contento, após auditoria e atesto da nota seguindo os ditames da lei.

Seção VII – DO PRAZO DE INÍCIO E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

49. O prazo para início dos serviços **poderá** ser iniciado no máximo de 48 (quarenta e oito) horas, após a homologação do CREDENCIAMENTO e da assinatura do Termo de Credenciamento.
50. A Credenciada habitada para Contratação do item Plantões Médicos deve apresentar, no ato da assinatura do Contrato, comprovação de que 30% do seu quadro de profissionais ESPECIALISTAS residem no município ou macrorregião limítrofe onde se propõe executar o serviço;
51. A(s) empresa(s) proponentes deverão apresentar uma declaração de total ciência, aceitação e cumprimento às condições do Edital de Credenciamento e deste Termo de referência.

Seção VIII – DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

52. A Comissão de Credenciamento concluirá pela habilitação das interessadas, mediante parecer circunstanciado e individualizado por pretendente, que cumprirem as exigências do Edital de Credenciamento.
53. Será inabilitada a pessoa jurídica que deixar de apresentar documentação exigida pela CREDENCIANTE, ou deixar de prestar informações complementares solicitadas durante o processo de credenciamento pela Comissão, mediante comunicação via e-mail ou presencial.
54. Além da documentação exigida nos termos da Lei nº 8.666/93 e no Edital de Credenciamento, as CREDENCIADAS deverão apresentar, antes da assinatura do Termo de Credenciamento, os seguintes documentos:
 - 54.1 Cópia do Certificado de Regularidade junto ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB) da Empresa Credenciada;
 - 54.2 Relação do corpo clínico dos profissionais de saúde, indicando os números de registros no Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB), o Registro de Qualificação de Especialista (RQE) OU Certificado de Especialização emitido pelo Conselho/Sociedade de Classe ou pela Residência Médica na área para qual se propõe inscrição;
 - 54.3 Cópia do Diploma e do Certificado de Especialista dos médicos que irão prestar serviços por meio do Contrato a ser firmado com a PB SAÚDE;
 - 54.4 Comprovação de que detém responsável técnico especialista na área a qual se propõe;
 - 54.5 Comprovação de cobertura de número de profissionais necessários para atender o presente Termo de Referência;
 - 54.6 Preenchimento da Ficha Profissional de todos os Profissionais Médicos para posterior cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme Portaria MS/SAS Nº. 511/2000 de 29/12/2000.
55. As cópias da documentação de habilitação técnica da empresa e do responsável técnico a ser anexada ao processo, deverão ser autenticadas.

Seção X – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE

56. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitadas pelas Credenciadas.
57. Transmitir todas as informações do Regimento Interno aos profissionais executantes, a fim de que seja cumprido, com objetivo de alcançar melhores resultados na prestação dos serviços.

58. Proporcionar o disposto das normas e resoluções do Conselho Federal de Medicina para que as Credenciadas possam desempenhar os compromissos assumidos no contrato.
59. **Inspecionar** os materiais e equipamentos solicitados no Termo de Referência, necessários à prestação dos serviços, e **fornecer**, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização dos procedimentos; materiais de expediente necessários à prestação dos serviços; instrumentais; insumos e utensílios para higienização (saneantes) do ambiente; Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs); Equipamentos de tecnologia, informação e comunicação, empregados nos serviços.
60. Exercer a gestão do contrato, de forma a assegurar o estabelecido nas especificações técnicas, com controle das medições e atestados de avaliação dos serviços;
61. Exercer a fiscalização dos serviços na forma prevista na Lei Federal N° 8.666/93;
62. Receber das Credenciadas as comunicações registradas através dos “Formulários de Ocorrências” devidamente preenchidos, assinados e carimbados, encaminhando-os aos setores competentes para as providências cabíveis;
63. Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com o estabelecido neste contrato.

Seção IX – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

64. Executar fielmente o objeto a ser contratado, conforme suas especificações, prazos e exigências, dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidas, atendendo a quantidade e qualidade adequada, com observância das recomendações aceitas pela boa técnica normas e legislação.
65. Responsabilizar-se exclusiva e integralmente pelo pessoal utilizado na prestação do serviço contratado, incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos à Credenciante.
66. As CREDENCIADAS são responsáveis pela indenização de qualquer dano causado à CREDENCIANTE, bem como aos pacientes ou seus acompanhantes e, a terceiros ou a eles vinculados, decorrente da ação ou omissão voluntária, negligência, imprudência ou imperícia praticado por seus empregados, profissional ou prepostos.
67. Não utilizar nem permitir que utilizem o paciente para fins de experimentação, limitando as práticas terapêuticas a procedimentos consagrados e reconhecidos pelos Conselho Federal de Medicina - CFM.
68. As Credenciadas obrigam-se a realizar suas atividades utilizando profissionais em número suficiente, cabendo-lhe total e exclusiva responsabilidade pelo integral atendimento do objeto e de toda a legislação pertinente.
69. Disponibilizar profissionais suficientes nas unidades hospitalares receptoras dos serviços mantendo constante continuidade dos serviços prestados, fazendo imediatamente substituição do profissional plantonista por outro igualmente qualificado quando necessário.
70. Deverá encaminhar o formulário de Cadastro de Profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) atualizado, bem como, fornecer relação dos médicos por ordem alfabética, com contato telefônico e nº de inscrição do CRM-PB.
71. As CREDENCIADAS deverão prestar esclarecimentos por escrito sempre que solicitados pela CREDENCIANTE quando da ocorrência de reclamações para o que se obrigam a atender prontamente, em até 5 (cinco) dias úteis.
72. As CREDENCIADAS se obrigam a comunicar imediatamente a CREDENCIANTE acerca de qualquer alteração ocorrida no endereço, número de telefone, conta bancária, e em quaisquer outros julgados necessários para o correto contato ou recebimento de correspondências.

73. Notificar a PB SAÚDE por escrito, qualquer alteração na sua razão social ou de seu contrato, mudança de Diretoria no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de registro da alteração no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos ou na Junta Comercial.
74. Substituir imediatamente qualquer de seus profissionais que não atenderem às exigências das Unidades Hospitalares constantes do Objeto do presente termo, de acordo com seu regimento interno ou normas administrativas da PB SAÚDE.
75. As Credenciadas não poderão, em nenhuma hipótese, transferir a terceiros, no todo, as obrigações assumidas, e no caso de subcontratação parcial, necessária a prévia anuência da PB SAÚDE, dos profissionais a serem incluídos.
76. Encaminhar a fatura correspondente aos atendimentos realizados durante o mês para os respectivos Hospitais, para a devida conferência e atesto dos serviços realizados, pela por empregado especificamente designado para fiscalização pela execução dos serviços, e responsável pelo faturamento, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis ao mês subsequente à prestação dos serviços, com a explícita discriminação dos serviços realizados, em seguida, encaminhar as faturas com seus respectivos relatórios para Diretoria de Controle, Avaliação e Auditoria para devida conferência do relatório de produção e das faturas emitidas.
77. Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes.
78. Informar a escala mensal e manter esta escala nominal diária dos profissionais, em local visível para que a programação das atividades cirúrgicas seja acompanhada.
79. Acatar o mecanismo de transparência da PB SAÚDE, através de compartilhamento de Escalas de Trabalho nos Portais da Fundação, para melhor condução dos Órgãos de Controle Externo.
80. Atender e respeitar a filosofia de trabalho das instituições no que tange ao atendimento humanizado.
81. Manter uma boa relação de trabalho com pacientes e com a chefia do centro cirúrgico e do corpo de enfermagem.
82. Zelar pelo uso adequado dos materiais e prestar serviços de qualidade.
83. Realizar os procedimentos e serviços de saúde contratados, sendo vedada, sob qualquer hipótese, a cobrança ao usuário do SUS de complementariedade de qualquer espécie, seja de valor adicional ou fornecimento de insumos necessários à boa assistência aos usuários do SUS, ficando as Credenciadas, por seus Diretores, responsável civil e penalmente pelos atos de seus profissionais ou preposto.
84. As Credenciadas se responsabilizam a atender e fazer com que seus colaboradores atendam as normas disciplinares e os regulamentos que orientam os procedimentos e condutas no local de prestação de serviço, cumprindo fielmente todas as condições estipuladas neste Termo, de forma que os serviços contratados sejam permanentemente executados e mantidos com esmero e perfeição.
85. Ficam as Credenciadas obrigadas a submeter-se ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.
86. Designar por escrito, no ato do recebimento da Autorização de Serviços, Preposto(s) que tenha(m) poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução do contrato.

Seção X - DA DISTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO

87. Somente participarão da distribuição dos serviços as empresas previamente habilitadas e CREDENCIADAS pela PB SAÚDE.

88. A distribuição dos serviços somente ocorrerá de acordo com as necessidades da Rede Estadual de Saúde, conforme consta no contrato de gestão nº 002/2023, nº 043/2023 e nº 199/2023, **bem como outros que venham a ser celebrados, podendo, inclusive, as PROPONENTES CREDENCIADAS não receberem serviços durante o período de credenciamento.**
89. Serão convocadas para assinar o contrato ou instrumentos congêneres todas as PROPONENTES CREDENCIADAS, as quais serão demandadas de acordo com o(s) item(ns) a que foi credenciada e na ordem estabelecida em sorteio, mediante a emissão do respectivo termo de contrato, ou quando for o caso, de Ordem de Serviço especializado - OSE.
90. A distribuição dos serviços seguirá a ordem de uma fila previamente estabelecida mediante sorteio. Assim, será convocada a empresa constante da relação de credenciadas, observada sempre a ordem da fila.
91. A distribuição dos serviços, quando possível, será efetuada de forma equitativa, de modo a preservar o princípio da igualdade e da transparência de atuação. Assim, para cada grupo/Item existirá um banco de credenciadas.
92. A convocação para prestação do serviço será efetivada por meio de comunicação formalmente encaminhada às Credenciadas pela PB SAÚDE.
93. A recusa formal da prestação do serviço, por parte da(s) credenciada(s), justificada ou não, implica em repasse para a próxima empresa, seguindo a ordem sequencial, sem prejuízo de adoção de providências.

Seção XI - DA VIGÊNCIA E ABRANGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

94. O presente Credenciamento terá sua vigência vinculada ao Contrato de Gestão n.º 002/2023, n.º 043/2023 e n.º 0199/2023, efetivado entre a PB SAÚDE e SES-PB, ou instrumentos posteriormente celebrados ou que o substitua, podendo ser prorrogado pelo prazo de até 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua homologação, observada a disponibilidade orçamentária e financeira, o interesse público (analisado pelas demandas assistenciais e reprimidas de cirurgias eletivas) e os princípios gerais da Administração Pública, podendo a PB SAÚDE, a seu critério, realizar nova chamada para credenciamento.
95. A habilitação, o credenciamento, a homologação do resultado e a assinatura do contrato deverão ocorrer durante o período de vigência do credenciamento, nos termos descritos no item anterior.
96. A PB SAÚDE poderá revogar o presente credenciamento por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, ou anulá-lo por ilegalidade de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado, bem como adiá-lo ou prorrogar o prazo para recebimento da documentação, sem que caiba aos (às) interessados (as), quaisquer reclamações ou direitos a indenização ou reembolso.
97. A anulação do procedimento de credenciamento induz à do contrato, e em decorrência dessa anulação as proponentes não terão direito à indenização, ressalvado o direito do contratado de boa-fé de ser ressarcido pelos encargos que tiver suportado no cumprimento do contrato.

Seção XII - DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

98. O Fiscal do contrato, além dos Diretores da Unidade e/ou responsáveis técnicos indicadas pelo mesmo, deverão manter permanente fiscalização dos serviços contratados para fins de

acompanhamento e controle da execução dos serviços contratados agindo de forma proativa e preventiva, requerendo se necessário parecer de auditoria independente, sempre que houver indícios de desvios dos objetivos, não eximindo as credenciadas de sua plena responsabilidade de culpa ou dolo na execução dos serviços.

99. O Acompanhamento da execução do contrato será realizado pela PB SAÚDE por meio do Fiscal e Gestor do Contrato, o que não exclui nem reduz a responsabilidade das Credenciadas, nos termos da legislação referente as licitações e contratos administrativos;
100. O Fiscal do contrato será responsável por elaborar o Relatório de Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados e do Relatório de Fiscalização;
101. Notificar as Credenciadas de qualquer irregularidade encontrada no fornecimento dos serviços dando prazo para regularização e quando não atendido encaminhar à Direção de Unidades Próprias o Relatório de Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados demonstrando as irregularidades;
102. Avaliar mensalmente os serviços executados pelas Credenciadas. Esta avaliação deve ser feita pelo Gestor em conjunto com o fiscal do Contrato e atestar a prestação dos serviços;

Seção XII – A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

103. Cabe ao Fiscal do Contrato efetuar o acompanhamento mensal do serviço prestado, registrando e arquivando as informações de forma a embasar a avaliação da Credenciada, bem como, gerando relatórios mensais de prestação de serviços executados, que serão encaminhados ao Gestor do Contrato.
104. A avaliação a ser efetuada, além de outros critérios, considerara o disposto na tabela 14 acerca das Metas de Qualidade e Desempenho.

Seção XV – MEDIÇÃO DOS SERVIÇOS

105. As CREDENCIADAS deverão apresentar a produção mensal dos serviços de cada unidade hospitalar onde os serviços foram executados (Relatório Consolidado de Medição), que deverá ser entregue até o 5º dia útil do mês subsequente;
106. Serão considerados efetivamente para efeito de pagamento mensal os serviços realizados e regulados, os quais passarão pela análise crítica de identificação de inconsistências na Diretoria de Controle, Avaliação e Auditoria.
107. A Contratante solicitará à Contratada, na hipótese de incorreções de valores, a correspondente retificação.

Seção XVI – SANÇÕES POR INADIMPLENTO CONTRATUAL

108. Serão aplicadas as Sanções Administrativas previstas nos Artigos 86 a 87 da Lei Federal nº. 8.666/93 em caso de descumprimento das obrigações e condições de fornecimento.
109. A inexecução total ou parcial deste contrato por parte das empresas Credenciadas assegurará a Credenciante, o direito de rescisão nos termos do artigo 77, da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, bem como nos casos citados no artigo 78 da mesma lei, garantida a prévia defesa sempre mediante notificação por escrito.
110. A rescisão também se submeterá ao regime previsto no artigo 79, seus incisos e parágrafos da Lei 8.666/93 e suas alterações.

111.

Seção XVII – DA REGIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO

112. **Os Serviços Médicos listados neste Edital configuram-se como a maior demanda assistencial das Unidades que compõem a Rede Materno-Infantil e unidades vinculadas a Secretaria de Estado da Saúde e geridas pela PB Saúde;**
113. As especificidades do objeto da presente demanda, e demais exigências para habilitação das empresas que requeiram o credenciamento, além de atender aos preceitos atinentes ao instituto do CREDENCIAMENTO acima mencionados, visam a preservação da continuidade do serviço público, atendimento do interesse público primário e estímulo da interiorização das prestações dos serviços em saúde, como é o caso do requisito de que parte do quadro de prestadores do serviço residam no município de atuação ou macrorregião limítrofe do mesmo. Tal condição visa garantir que os serviços de plantões presenciais de profissional médico não sofram descontinuidade, por razões de deslocamento ou distância, ante a essencialidade do ato diagnóstico na tomada de decisão das rotinas médicas e procedimentos das unidades hospitalares atendidas.

Seção XVII – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E VALORES UNITÁRIOS

114. Os valores dos serviços somente sofrerão correção ou reajustedurante a vigência do Termo Contratual, nas seguintes situações:
- 114.1 Quando houver reajuste na Tabela de Procedimento do SIGTAP/SUS;
- 114.2 Havendo reajuste na Tabela SUS o pagamento somente recairá a partir da competência seguinte e respaldada pelo Ministério da Saúde em termos formais.

Tabela 2. Descrição dos Plantões de Urgência e Emergência e Salas de Parto

ITEM 1 - PLANTÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SALAS DE PARTO
Plantões médicos de Segunda-Feira a Domingo, durante o período diurno (7:00 as 19:00) e noturno (19:00 as 07:00), incluído feriados para atendimento e realização de procedimentos de Urgência e Emergência de Pacientes do Perfil Institucional.

Tabela 3. Descrição de Visitas Médicas e Pré-Anestésicas

ITEM 2- VISITAS MÉDICAS e PRÉ-ANESTÉSICAS
Visitas no leito, de Segunda-Feira a Domingo, durante o período manhã, tarde ou noite para a realização de consultas médicas e procedimentos anestésicos, de pacientes que serão submetidos a tratamento cirúrgico eletivo e daqueles internos em enfermarias e UTI, incluindo o tratamento clínico e invasivo da Dor.

Tabela 4. Procedimentos anestésicos na área de Cirurgias Eletivas

ITEM 3- REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS NA ÁREA DE CIRURGIAS ELETIVAS
Realização dos Procedimentos anestésicos nos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos nas áreas cirúrgicas de indicadas pela OSE, de todas as faixas etárias. A remuneração pelo serviço será aplicada conforme descrito nas Tabelas 10 e 11 deste Termo de Referência. A empresa deverá garantir os seguintes equipamentos: 02 (duas) Maletas de Via aérea Difícil, 02 (dois) Videolaringoscópio Portátil com câmera para intubação de via aérea difícil e lâminas reutilizáveis específicas para o equipamento, e todos os acessórios e componentes necessários para o adequado funcionamento; 01 (um) aparelho de Broncofibroscopia flexível.

Tabela 5. Descrição dos Plantões em Unidades de Terapia Intensiva

ITEM 2- PLANTOES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
Plantões médicos de Segunda-Feira a Domingo, durante o período diurno (7:00 as 19:00) e noturno (19:00 as 07:00), incluído feriados para atendimento e realização de procedimentos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica ou Neonatal.

Tabela 6. Valores dos serviços de Plantões e Visitas médicas

UNIDADE	MUNICÍPIO	MACRO	IMPACTO FINANCEIRO						
			OBSTETRAS	ANESTESISTAS		PEDIATRAS		NEONATOLOGISTAS	
			PLANTÃO 12 HRS	VISITA	PLANTÃO 12 HRS	VISITA	PLANTÃO 12 HRS U/E + UTI	PLANTÃO 12 HRS	
							SALA DE PARTO	UTI	
HOSPITAL DISTRITAL LUIS ALENXANDRINO DA SILVA	BELÉM	I	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS DEP JOSE DE SOUSA MACIEL	CAJAZEIRAS	III	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 2.200,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.200,00	R\$ -
UPA CAJAZEIRAS	CAJAZEIRAS	III	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	CAMPINA GRANDE	II	R\$ -	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	CAMPINA GRANDE	II	R\$ -	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS	CATOLÉ DO ROCHA	III	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 2.200,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.200,00	R\$ -
HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM MARINHO	COREMAS	III	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA	GUARABIRA	I	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ -
UPA GUARABIRA	GUARABIRA	I	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL SEBASTIÃO RODRIGUES DE MELO	ITABAIANA	I	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE GOMES DA SILVA	ITAPORANGA	III	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 2.200,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.200,00	R\$ -
HOSPITAL GERAL JOSÉ FÉLIX DE BRITO	ITAPOROROCA	I	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.400,00	R\$ -
HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	JOÃO PESSOA	I	R\$ -	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA	JOÃO PESSOA	I	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
MATERNIDADE FREI DAMIÃO	JOÃO PESSOA	I	R\$ 1.400,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA A TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	JOÃO PESSOA	I	R\$ -	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	MAMANGUAPE	I	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ -
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA	MONTEIRO	II	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00
HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ MARIA PIRES	SANTA RITA	I	R\$ -	R\$ 1.200,00	R\$ 2.400,00	R\$ 800,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL DO SERVIDOR GENERAL EDSON RAMALHO	JOÃO PESSOA	I	R\$ -	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00
HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE	PATOS	III	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO	PATOS	III	R\$ 1.400,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00
COMPLEXO HOSPITALAR DEP JANDUHY CARNEIRO	PATOS	III	R\$ -	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES	PIANCÓ	III	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 2.200,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.200,00	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL DR FELIPE THIAGO GOMES	PICUI	II	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL SENADOR RUI CARNEIRO	POMBAL	III	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 2.200,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.200,00	R\$ -
UPA PRINCESA ISABEL	PRINCESA ISABEL	III	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL GERAL DR PATRICIO LEAL DE MELO	QUEIMADAS	II	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ 1.800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00

HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	SANTA LUZIA	III	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ -
UPA SANTA RITA	SANTA RITA	I	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ 1.400,00	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL DISTRITAL DR. OVÍDIO DUARTE	SERRARIA	I	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
HOSPITAL ESTADUAL DR. FRANCISCO ASSIS FREITAS	SOLÂNEA	I	R\$ 1.600,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00	R\$ -
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES	SOUSA	III	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 2.200,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.200,00	R\$ -
HOSPITAL DISTRITAL ANTONIO HILARIO GOUVEIA	TAPEROÁ	III	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00	R\$ -

Tabela 7. Número de Profissionais Médicos necessários para cada item de Plantão Médico de Urgência, Emergência e Sala de Parto, por Unidade e por Especialidade.

UNIDADE	MUNICÍPIO	Nº DE PROFISSIONAIS POR PLANTÃO			
		OBSTETRAS	ANESTESISTAS	PEDIATRAS	NEONATOLOGISTAS
		PLANTÃO 12HRS	PLANTÃO 12HRS	PLANTÃO 12HRS U/E	PLANTÃO 12HRS SALA DE PARTO
HOSPITAL DISTRITAL LUIS ALENXANDRINO DA SILVA	BELÉM	2	1	1	1
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS DEP JOSE DE SOUSA MACIEL	CAJAZEIRAS	3	3	1	2
UPA CAJAZEIRAS	CAJAZEIRAS			1	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	CAMPINA GRANDE		2		
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	CAMPINA GRANDE		7	1	
HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	CATOLÉ DO ROCHA	2	1	1	1
HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM MARINHO	COREMAS		1	1	
HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA	GUARABIRA	2	2	1	2
UPA GUARABIRA	GUARABIRA			1	
HOSPITAL REGIONAL SEBASTIÃO RODRIGUES DE MELO	ITABAIANA	2	1	1	1
HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE GOMES DA SILVA	ITAPORANGA	2	1	1	1
HOSPITAL GERAL JOSÉ FÉLIX DE BRITO	ITAPOROROCA	2	1		1
HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	JOÃO PESSOA		4	5	
HOSPITAL DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA	JOÃO PESSOA		1	1	
MATERNIDADE FREI DAMIÃO	JOÃO PESSOA	4	3	1	2
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA A TRAUMA SENADOR UMBERTO LUCENA	JOÃO PESSOA		5	2	
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	MAMANGUAPE	2	2	1	1
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA	MONTEIRO	2	2	1	1
HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ MARIA PIRES	JOÃO PESSOA		7		
HOSPITAL DO SERVIDOR GENERAL EDSON RAMALHO	JOÃO PESSOA		3	2	2
HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE	PATOS		2	3	
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO	PATOS	3	2	1	2
COMPLEXO HOSPITALAR DEP JANDUHY CARNEIRO	PATOS		4	1	
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES	PIANCÓ	2	1	1	1
HOSPITAL REGIONAL DR FELIPE THIAGO GOMES	PICUI	2	2	1	1
HOSPITAL REGIONAL SENADOR RUI CARNEIRO	POMBAL	2	2	1	1
UPA PRINCESA ISABEL	PRINCESA ISABEL			1	
HOSPITAL GERAL DR PATRICIO LEAL DE MELO	QUEIMADAS	2	2	1	1
HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	SANTA LUZIA	2	1	1	1
UPA SANTA RITA	SANTA RITA			1	
HOSPITAL ESTADUAL DR. FRANCISCO ASSIS FREITAS	SOLÂNEA	2	1	1	1
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES	SOUSA	3	2	2	1
HOSPITAL DISTRITAL ANTONIO HILARIO GOUVEIA	TAPEROÁ	2	1	1	1

Tabela 8. Número de Profissionais Médicos necessários para cada item de Plantão Médico de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, por Unidade e por Especialidade.

UNIDADE	MUNICÍPIO	Nº DE PROFISSIONAIS POR PLANTÃO	
		PEDIATRAS	NEONATOLOGISTAS
		PLANTÃO 12HRS	PLANTÃO 12HRS
		UTI	UTI

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS DEP JOSE DE SOUSA MACIEL	CAJAZEIRAS	1	
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	CAMPINA GRANDE	2	
HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	JOÃO PESSOA	2	
MATERNIDADE FREI DAMIÃO	JOÃO PESSOA		1
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA A TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	JOÃO PESSOA	1	
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA	MONTEIRO		1
HOSPITAL DO SERVIDOR GENERAL EDSON RAMALHO	JOÃO PESSOA		2
HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE	PATOS	1	
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO	PATOS		1
COMPLEXO HOSPITALAR DEP JANDUHY CARNEIRO	PATOS		
HOSPITAL GERAL DR PATRICIO LEAL DE MELO	QUEIMADAS		1

Tabela 9. Número de Profissionais Médicos necessários para cada item de Visita Médica e Pré-Anestésica.

UNIDADE	MUNICÍPIO	MACRO	EQUIPE MÉDICA IDEAL	
			ANESTESISTAS	PEDIATRAS
			VISITA	VISITA
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS DEP JOSE DE SOUSA MACIEL	CAJAZEIRAS	III		1
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	CAMPINA GRANDE	II	1	1
HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS	CATOLÉ DO ROCHA	III		1
HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA	GUARABIRA	I		1
HOSPITAL REGIONAL SEBASTIÃO RODRIGUES DE MELO	ITABAIANA	I		1
HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE GOMES DA SILVA	ITAPORANGA	III		1
HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	JOÃO PESSOA	I	1	2
HOSPITAL DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA	JOÃO PESSOA	I		1
MATERNIDADE FREI DAMIÃO	JOÃO PESSOA	I	1	1
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA A TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	JOÃO PESSOA	I	1	1
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	MAMANGUAPE	I		1
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA	MONTEIRO	II		1
HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ MARIA PIRES	SANTA RITA	I	1	1
HOSPITAL DO SERVIDOR GENERAL EDSON RAMALHO	JOÃO PESSOA	I	1	1
HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE	PATOS	III		2
COMPLEXO HOSPITALAR DEP JANDUHY CARNEIRO	PATOS	III	1	1
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES	PIANCÓ	III		1
HOSPITAL REGIONAL DR FELIPE THIAGO GOMES	PICUI	II		1
HOSPITAL REGIONAL SENADOR RUI CARNEIRO	POMBAL	III		1
HOSPITAL GERAL DR PATRICIO LEAL DE MELO	QUEIMADAS	II		1
HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	SANTA LUZIA	III		1
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES	SOUSA	III		1
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	CAMPINA GRANDE	II	1	
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO	PATOS	III	1	

Tabela 10. Valores Dos Procedimentos Anestésicos Na Área De Cirurgias Eletivas – Especialidades Gerais

CÓDIGO	TIPO DE PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 643,80
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 643,80
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 965,70
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 439,44
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 439,44
04.08.05.001-2	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 1.071,29
04.08.02.002-4	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 642,77
04.08.05.002-0	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE PE E TARSO	R\$ 610,63
04.07.03.001-8	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	R\$ 929,05
04.06.02.004-3	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	R\$ 2.266,81
04.06.02.005-1	ANEURISMECTOMIA TORACO-ABDOMINAL	R\$ 3.305,64
04.06.04.002-8	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)	R\$ 1.049,59
04.06.04.004-4	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT)	R\$ 1.049,59
	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT; NÃO RECOBERTO)	

04.06.04.006-0		R\$ 692,48
04.06.04.007-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 692,48
04.06.04.008-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT)	R\$ 692,48
04.06.04.009-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$ 692,48
04.06.04.012-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIIS	R\$ 692,48
04.06.04.011-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT RECOBERTO	R\$ 692,48
04.06.04.013-3	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DOS VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 692,48
02.10.01.006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 130,66
02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 116,65
02.10.01.009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 353,03
02.10.01.012-6	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$ 238,62
02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 266,43
02.10.01.014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 282,11
02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 281,41
04.09.01.002-2	CISTECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.132,24

04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 769,61
04.07.03.025-5	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA	R\$ 1.214,12
04.07.03.025-5	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA	R\$ 1.214,12
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	R\$ 747,26
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.042,07
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	R\$ 1.817,45
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL	R\$ 1.403,91
04.07.02.008-0	COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.280,75
04.07.03.007-7	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.016,62
04.06.04.014-1	COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE FILTRO DE VEIA CAVA (NA TROMBOSE VENOSA PERIFÉRICA E EMBOLIA PULMONAR)	R\$ 4.428,39
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 135,19
04.07.02.010-1	COLOSTOMIA	R\$ 880,33
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 850,37
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 670,57
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 670,57
04.06.04.015-0	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL COM ENDOPRÓTESE RETA / CÔNICA	R\$ 2.906,55
04.12.04.001-8	COSTECTOMIA	R\$ 588,50
04.12.03.001-2	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	R\$ 1.077,68
04.16.04.012-8	DUODENOPANCREATECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 3.304,22
04.06.02.012-4	EMBOLECTOMIA ARTERIAL	R\$ 994,99
04.07.02.017-9	ENTERECTOMIA	R\$ 1.095,48
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 592,34
04.07.01.003-3	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA	R\$ 1.833,56
04.07.01.004-1	ESOFAGECTOMIA DISTAL SEM TORACOTOMIA	R\$ 1.833,56
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (COM TESTE DA UREASE/BÍÓPSIA)	R\$ 67,42
04.07.03.012-3	ESPLENECTOMIA	R\$ 878,38
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO	R\$ 296,93
04.01.02.009-6	EXÉRESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 864,11
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL	R\$ 447,05
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 652,40
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA	R\$ 144,92
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 219,53
04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 130,33
04.06.02.016-7	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO	R\$ 343,34
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 655,02
04.07.01.016-5	GASTROENTEROANASTOMOSE	R\$ 1.623,92
04.07.01.017-3	GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL	R\$ 2.610,00
03.09.01.003-9	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	R\$ 949,50
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 473,91
04.07.03.013-1	HEPATECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.254,76
04.07.04.004-8	HERNIOPLEXIA DA REGIÃO PESCOÇO/ABDOMINAL	

		R\$ 969,76
04.07.04.005-6	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA TORÁCICA)	R\$ 747,81
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 721,56
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 566,92
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 823,58

04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL /CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 765,56
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 715,60
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 521,99
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 753,90
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 922,36
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 1.324,37
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 938,32
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.089,52
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 997,95
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 156,00
04.06.02.061-2	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO ESPECIAL)	R\$ 783,00
04.06.04.026-5	IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 1.049,59
04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO/RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 328,02
04.07.02.030-6	JEJUNOSTOMIA/ILEOSTOMIA	R\$ 754,06
04.07.04.017-0	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA DRENAGEM E/OU BIÓPSIA	R\$ 1.091,07
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 582,58
04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.609,53
04.04.01.018-0	LARINGECTOMIA TOTAL	R\$ 1.666,53
04.07.04.018-8	LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS	R\$ 829,06
04.12.04.004-2	LIGADURA DO DUCTO TORÁCICO (QUALQUER MÉTODO)	R\$ 961,68
04.12.05.004-8	LOBECTOMIA PULMONAR	R\$ 1.260,20
04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 1.532,73
04.10.01.005-7	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	R\$ 1.567,02
04.10.01.006-5	MASTECTOMIA SIMPLES	R\$ 925,60
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 1.892,83
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.208,88
04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	R\$ 551,38
04.12.02.003-3	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	R\$ 1.002,81
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$ 1.130,25
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 634,73
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 592,34
04.07.01.003-3	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA	R\$ 1.833,56
04.07.01.004-1	ESOFAGECTOMIA DISTAL SEM TORACOTOMIA	R\$ 1.833,56
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (COM TESTE DA UREASE/BÍÓPSIA)	R\$ 67,42
04.07.03.012-3	ESPLENECTOMIA	R\$ 878,38
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO	R\$ 296,93
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 864,11
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL	R\$ 447,05
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAILOMA EM LARINGE	R\$ 652,40
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA	R\$ 144,92
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 219,53
04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 130,33
04.06.02.016-7	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO	R\$ 343,34
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 655,02

04.07.01.016-5	GASTROENTEROANASTOMOSE	R\$ 1.623,92
04.07.01.017-3	GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL	R\$ 2.610,00
03.09.01.003-9	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTANEA	R\$ 949,50
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 473,91
04.07.03.013-1	HEPATECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.254,76
04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 969,76
04.07.04.005-6	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA TORÁCICA)	R\$ 747,81
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 721,56
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 566,92

04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 823,58
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL /CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 765,56
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 715,60
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 521,99
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 753,90
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 922,36
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 1.324,37
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 938,32
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.089,52
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 997,95
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 156,00
04.06.02.061-2	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO ESPECIAL)	R\$ 783,00
04.06.04.026-5	IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 1.049,59
04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO/RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 328,02
04.07.02.030-6	JEJUNOSTOMIA/ILEOSTOMIA	R\$ 754,06
04.07.04.017-0	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA DRENAGEM E/OU BIÓPSIA	R\$ 1.091,07
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 582,58
04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.609,53
04.04.01.018-0	LARINGECTOMIA TOTAL	R\$ 1.666,53
04.07.04.018-8	LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS	R\$ 829,06
04.12.04.004-2	LIGADURA DO DUCTO TORÁCICO (QUALQUER MÉTODO)	R\$ 961,68
04.12.05.004-8	LOBECTOMIA PULMONAR	R\$ 1.260,20
04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 1.532,73
04.10.01.005-7	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	R\$ 1.567,02
04.10.01.006-5	MASTECTOMIA SIMPLES	R\$ 925,60
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 1.892,83
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.208,88
04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	R\$ 551,38
04.12.02.003-3	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	R\$ 1.002,81
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$ 1.130,25
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 634,73
04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.205,37
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL	R\$ 1.711,40
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA	R\$ 1.171,72
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$ 1.147,75

04.09.01.028-6	NEFROSTOMIA COM OU SEM DRENAGEM	R\$ 744,95
04.09.01.030-8	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.349,62
04.09.04.011-8	NEOSTOMIA DE EPIDÍDIMO / CANAL DEFERENTE	R\$ 957,05
04.09.06.021-6	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	R\$ 917,75
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 539,45
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 504,10
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	R\$ 1.214,14
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 1.120,42
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	R\$ 1.249,95
04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 1.014,37
04.09.01.032-4	PIELOPLASTIA	R\$ 1.043,46
04.10.01.009-0	PLASTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA PÓS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PRÓTESE	R\$ 1.579,60
04.12.03.011-0	PLEURODESE	R\$ 1.008,40
04.12.05.006-4	PNEUMOMECTOMIA	R\$ 1.713,97
04.06.02.034-5	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	R\$ 1.118,72
04.06.02.036-1	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO- ILÍACA	R\$ 2.217,84
04.06.02.038-8	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO- FEMURAL	R\$ 1.678,08
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 262,94
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 1.402,39
04.09.07.021-1	RECONSTRUÇÃO DE VAGINA	R\$ 573,37
04.13.04.014-3	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLoS ESTAGIOS)	R\$ 813,48
04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA LÁBIO	R\$ 526,88
04.04.02.024-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	R\$ 1.405,01
04.12.01.007-0	RESSECÇÃO DE TRAQUEIA MEDIASTINAL, CARINAL OU CARINOPLASTIA	R\$ 1.509,66

04.12.05.010-2		R\$ 1.008,22
04.09.01.038-3	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESÃO VESICAL	R\$ 1.239,86
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA	R\$ 1.021,90
04.07.02.040-3	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	R\$ 1.453,79
04.07.02.041-1	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	R\$ 2.326,06
04.06.02.042-6	REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 1.292,30
04.06.02.043-4	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	R\$ 1.114,32
04.06.02.044-2	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA DISTAL	R\$ 1.421,13
04.06.02.045-0	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA PROXIMAL	R\$ 1.421,13
04.08.05.033-0	REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PÉ)	R\$ 223,52
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS- TRAUMÁTICOS	R\$ 1.550,21
04.12.04.004-2	LIGADURA DO DUCTO TORÁCICO (QUALQUER MÉTODO)	R\$ 961,68
04.12.05.004-8	LOBECTOMIA PULMONAR	R\$ 1.260,20
04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 1.532,73
04.10.01.005-7	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	R\$ 1.567,02
04.10.01.006-5	MASTECTOMIA SIMPLES	R\$ 925,60
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 1.892,83
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.208,88

04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	R\$ 551,38
04.12.02.003-3	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	R\$ 1.002,81
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$ 1.130,25
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 634,73
04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.205,37
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL	R\$ 1.711,40
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA	R\$ 1.171,72
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$ 1.147,75
04.09.01.028-6	NEFROSTOMIA COM OU SEM DRENAGEM	R\$ 744,95
04.09.01.030-8	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.349,62
04.09.04.011-8	NEOSTOMIA DE EPIDÍDIMO / CANAL DEFERENTE	R\$ 957,05
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	R\$ 917,75
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 539,45
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 504,10
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	R\$ 1.214,14
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 1.120,42
04.02.01.002-7	PARATIREOIDEECTOMIA	R\$ 1.249,95
04.04.01.046-6	PAROTIDEECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 1.014,37
04.09.01.032-4	PIELOPLASTIA	R\$ 1.043,46
04.10.01.009-0	PLASTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA PÓS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PRÓTESE	R\$ 1.579,60
04.12.03.011-0	PLEURÓDESE	R\$ 1.008,40
04.12.05.006-4	PNEUMOMECTOMIA	R\$ 1.713,97
04.06.02.034-5	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	R\$ 1.118,72
04.06.02.036-1	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO- ILÍACA	R\$ 2.217,84
04.06.02.038-8	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO- FEMURAL	R\$ 1.678,08
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 262,94
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 1.402,39
04.09.07.021-1	RECONSTRUÇÃO DE VAGINA	R\$ 573,37
04.13.04.014-3	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLoS ESTAGIOS)	R\$ 813,48
04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA LÁBIO	R\$ 526,88
04.04.02.024-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	R\$ 1.405,01
04.12.01.007-0	RESSECÇÃO DE TRAQUEIA MEDIASTINAL, CARINAL OU CARINOPLASTIA	R\$ 1.509,66
04.12.05.010-2	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIOPSIA DE PULMAO A CEU ABERTO	R\$ 1.008,22
04.09.01.038-3	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESÃO VESICAL	R\$ 1.239,86
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA	R\$ 1.021,90
04.07.02.040-3	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	R\$ 1.453,79
04.07.02.041-1	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	R\$ 2.326,06
04.06.02.042-6	REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 1.292,30
04.06.02.043-4	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	R\$ 1.114,32
	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA DISTAL	

04.06.02.044-2		R\$ 1.421,13
04.06.02.045-0	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA PROXIMAL	R\$ 1.421,13
04.08.05.033-0	REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PÉ)	R\$ 223,52
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS- TRAUMÁTICOS	R\$ 1.550,21

04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	R\$ 931,18
04.09.06.024-0	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 942,10
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 742,38
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 769,50
04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	R\$ 626,88
04.10.01.012-0	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 783,60
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.047,72
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 795,86
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 807,09
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.112,67
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 968,31
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 1.184,85
04.12.04.015-8	TORACOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA)	R\$ 1.158,48
04.09.01.041-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA	R\$ 587,96
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	R\$ 782,33
04.12.01.014-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA	R\$ 1.371,18
04.09.01.047-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS URETERAIS	R\$ 832,59
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	R\$ 539,64
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 811,02
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 477,41
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 1.225,70
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 540,88
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.000,18
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 830,63
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$ 940,51
04.12.03.008-0	TRATAMENTO DE COÁGULO RETIDO INTRATORÁCICO (QUALQUER VIA)	R\$ 641,12
04.06.04.032-0	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS	R\$ 1.384,97
04.06.04.033-8	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA	R\$ 1.384,97
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 568,17
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	R\$ 1.058,61
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 671,83
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 351,10
04.06.02.042-6	REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 1.292,30
04.06.02.043-4	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	R\$ 1.114,32
04.06.02.044-2	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA DISTAL	R\$ 1.421,13
04.06.02.045-0	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA PROXIMAL	R\$ 1.421,13
04.08.05.033-0	REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PÉ)	R\$ 223,52

04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS- TRAUMÁTICOS	R\$ 1.550,21
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	R\$ 931,18
04.09.06.024-0	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 942,10
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 742,38
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 769,50
04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	R\$ 626,88
04.10.01.012-0	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 783,60

04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.047,72
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 795,86
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 807,09
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.112,67
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 968,31
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 1.184,85
04.12.04.015-8	TORACOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA)	R\$ 1.158,48
04.09.01.041-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA	R\$ 587,96
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	R\$ 782,33
04.12.01.014-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA	R\$ 1.371,18
04.09.01.047-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS URETERAIS	R\$ 832,59
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	R\$ 539,64
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 811,02
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 477,41
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 1.225,70
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 540,88
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.000,18
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 830,63
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$ 940,51
04.12.03.008-0	TRATAMENTO DE COÁGULO RETIDO INTRATORÁCICO (QUALQUER VIA)	R\$ 641,12
04.06.04.032-0	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS	R\$ 1.384,97
04.06.04.033-8	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA	R\$ 1.384,97
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 568,17
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	R\$ 1.058,61
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 671,83
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 351,10
04.06.02.042-6	REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 1.292,30
04.06.02.043-4	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	R\$ 1.114,32
04.06.02.044-2	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA DISTAL	R\$ 1.421,13
04.06.02.045-0	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA PROXIMAL	R\$ 1.421,13

04.08.05.033-0	REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PÉ)	R\$ 223,52
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS- TRAUMÁTICOS	R\$ 1.550,21
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	R\$ 931,18
04.09.06.024-0	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 942,10
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 742,38
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 769,50
04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	R\$ 626,88
04.10.01.012-0	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 783,60
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.047,72
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 795,86
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 807,09
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.112,67
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 968,31
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 1.184,85
04.12.04.015-8	TORACOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA)	R\$ 1.158,48
04.09.01.041-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA	R\$ 587,96
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	R\$ 782,33
04.12.01.014-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA	R\$ 1.371,18
04.09.01.047-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS URETERAIS	R\$ 832,59
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	R\$ 539,64
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 811,02

04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 477,41
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 1.225,70
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 540,88
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.000,18
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 830,63
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$ 940,51
04.12.03.008-0	TRATAMENTO DE COÁGULO RETIDO INTRATORÁCICO (QUALQUER VIA)	R\$ 641,12
04.06.04.032-0	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS	R\$ 1.384,97
04.06.04.033-8	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA	R\$ 1.384,97
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 568,17
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	R\$ 1.058,61
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 671,83
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 351,10
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.047,72
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 795,86
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 807,09
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.112,67
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 968,31
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 1.184,85
04.12.04.015-8	TORACOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA)	R\$ 1.158,48

04.09.01.041-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA	R\$ 587,96
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	R\$ 782,33
04.12.01.014-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA	R\$ 1.371,18
04.09.01.047-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS URETERAIS	R\$ 832,59
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	R\$ 539,64
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 811,02
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 477,41
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 1.225,70
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 540,88
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.000,18
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 830,63
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$ 940,51
04.12.03.008-0	TRATAMENTO DE COÁGULO RETIDO INTRATORÁCICO (QUALQUER VIA)	R\$ 641,12
04.06.04.032-0	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS	R\$ 1.384,97
04.06.04.033-8	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA	R\$ 1.384,97
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 568,17
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	R\$ 1.058,61
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 671,83
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 351,10

Tabela 11. Valores dos Procedimentos Anestésicos na Área de Cirurgias Eletivas – Cirurgia Cardíaca e Neurocirurgia:

CÓDIGO	TIPO DE PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
04.06.01.006-4	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL	R\$ 1.153,82
04.06.01.130-3	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.083,94
04.06.01.007-2	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR TOTAL	R\$ 3.477,11
04.06.01.150-8	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 1.769,57
04.06.01.008-0	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR	R\$ 1.153,82
04.06.01.131-1	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.547,68
04.08.03.001-1	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR CINCO NIVEIS	R\$ 1.669,02
04.08.03.091-7	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NIVEIS	R\$ 1.669,02
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NIVEIS	R\$ 781,80
04.08.03.004-6	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR SEIS NIVEIS	R\$ 960,16
04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NIVEIS	R\$ 1.669,02

04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 945,60
04.08.03.008-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL	R\$ 1.031,44
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 1.669,02
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 847,80
04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 1.669,02
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 1.243,63
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 847,80
04.08.03.012-7	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2	R\$ 781,89
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	R\$ 1.299,77
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	R\$ 1.299,77
04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRÊS NÍVEIS	R\$ 1.299,77
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	R\$ 1.129,96
04.08.03.017-8	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	R\$ 932,40
04.08.03.018-6	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C3) POSTERIOR	R\$ 932,40
04.08.03.019-4	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C4) POSTERIOR	R\$ 932,40
04.08.03.020-8	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	R\$ 932,40
04.08.03.021-6	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C6) POSTERIOR	R\$ 932,40
04.08.03.022-4	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C7) POSTERIOR	R\$ 932,40
04.08.03.024-0	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 1.032,16
04.08.03.023-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 1.033,37
04.08.03.025-9	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRÊS NÍVEIS,	R\$ 1.669,02
04.08.03.028-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 1.669,02
04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 1.669,02
04.08.03.026-7	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 1.033,42
04.08.03.029-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,	R\$ 1.669,02
04.08.03.030-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,	R\$ 1.669,02
04.08.03.031-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	R\$ 1.669,02
04.08.03.032-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NÍVEIS,	R\$ 1.669,02
04.06.01.009-9	BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	R\$ 1.153,82
04.06.01.132-0	BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.571,80
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA	R\$ 4.279,78
04.06.01.013-7	CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL	R\$ 4.676,26
04.06.01.015-3	CORREÇÃO DE ATRESIA PULMONAR E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 3.083,94
04.06.01.016-1	CORREÇÃO DE ÁTRIO ÚNICO	R\$ 2.299,21
04.06.01.017-0	CORREÇÃO DE BANDA ANÔMALA DO VENTRÍCULO DIREITO	R\$ 1.153,82
04.06.01.018-8	CORREÇÃO DE COARCTAÇÃO DA AORTA	R\$ 2.178,62
04.06.01.133-8	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.019,22
04.06.01.020-0	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTER-VENTRICULAR E INSUFICIÊNCIA AORTICA	R\$ 2.019,22
04.06.01.019-6	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 3.477,11
04.06.01.021-8	CORREÇÃO DE COR TRIARIATUM	R\$ 4.676,26
04.06.01.022-6	CORREÇÃO DE CORONÁRIA ANÔMALA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.019,22
04.06.01.023-4	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA DO RETORNO SISTÊMICO	R\$ 3.477,11
04.06.01.134-6	CORRECAO DE DRENAGEM ANOMALA DO RETORNO SISTEMICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.019,22
04.06.01.024-2	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES	R\$ 2.661,69
04.06.01.135-4	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANOMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.106,95
04.06.01.025-0	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS PULMONARES	R\$ 5.106,95
04.06.01.026-9	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO	R\$ 5.106,95
04.06.01.027-7	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 4.291,53
04.06.01.028-5	CORREÇÃO DE ESTENOSE AÓRTICA (0 A 3 ANOS)	R\$ 2.297,68
04.06.01.029-3	CORREÇÃO DE ESTENOSE MITRAL CONGÊNITA	R\$ 4.129,51
04.06.01.136-2	CORRECAO DE ESTENOSE MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.019,22
04.06.01.030-7	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA	R\$ 2.299,21
04.06.01.137-0	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.019,22
04.06.01.031-5	CORREÇÃO DE FÍSTULA AÓRTO-CAVITARIAS	R\$ 3.083,94
04.06.01.138-9	CORRECAO DE FISTULA AORTO-CAVITARIAS (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.019,22
04.06.01.032-3	CORRECAO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA	R\$ 3.811,60
04.06.01.139-7	CORREÇÃO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.106,92
04.06.01.033-1	CORREÇÃO DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 2.019,22
04.06.01.034-0	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DA VÁLVULA TRICÚSPIDE	R\$ 3.811,60
04.06.01.140-0	CORRECAO DE INSUFICIENCIA DA VALVULA TRICUSPIDE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.019,22
04.06.01.035-8	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL CONGÊNITA	R\$ 3.477,08
04.06.01.141-9	CORRECAO DE INSUFICIENCIA MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.106,95
04.06.01.036-6	CORREÇÃO DE INTERRUPÇÃO DO ARCO AÓRTICO	R\$ 2.019,22
04.06.01.038-2	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR	R\$ 4.713,78
04.06.01.037-4	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.811,60
04.06.01.039-0	CORREÇÃO DE LESÕES NA TRANSPOSIÇÃO CORRIGIDA DOS VASOS DA BASE	R\$ 1.153,82
04.06.01.040-4	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL	R\$ 2.010,95
04.06.01.142-7	CORRECAO DE PERSISTENCIA DO CANAL ARTERIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 1.153,82
04.06.01.041-2	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL NO RÉCEM-NASCIDO	R\$ 2.297,68
04.06.01.043-9	CORRECAO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES	R\$ 4.713,78
04.06.01.042-0	CORREÇÃO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.592,71
04.06.01.045-5	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES VASOS DA BASE	R\$ 5.106,95
04.06.01.044-7	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DOS GRANDES VASOS DA BASE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.106,95
04.06.01.046-3	CORREÇÃO DE TRONCO ARTERIOSO PERSISTENTE	R\$ 5.106,95
04.06.01.047-1	CORREÇÃO DE VENTRÍCULO ÚNICO	R\$ 2.019,22
04.06.01.048-0	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (PARCIAL / INTERMEDIÁRIO)	R\$ 5.106,95
04.06.01.049-8	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (TOTAL)	R\$ 3.083,94
04.06.01.143-5	CORRECAO DO CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL / INTERMEDIARIO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.297,68
04.06.01.050-1	CORREÇÕES DE ANOMALIAS DO ARCO AÓRTICO	R\$ 2.727,99
04.06.01.144-3	CORREÇÕES DE ANOMALIAS DO ARCO AORTICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 900,43
04.12.04.001-8	COSTECTOMIA	R\$ 1.108,24
04.03.03.005-6	CRANIECTOMIA POR TUMOR ÓSSEO	R\$ 1.188,40

04.03.03.001-3	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFALICA	R\$ 1.211,11
04.03.03.002-1	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFALICA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 1.286,92
04.03.01.004-7	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO	R\$ 1.992,68
04.03.01.005-5	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO (C/ TECNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 1.140,58
04.03.03.003-0	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR	R\$ 851,46
04.03.03.004-8	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO	R\$ 651,38
04.03.01.008-0	DERIVACAO RAQUE-PERITONEAL	R\$ 900,43
04.03.01.009-8	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	R\$ 1.069,86
04.03.01.010-1	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	R\$ 1.279,84
04.08.03.035-6	DESCOMPRESSÃO DA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA TRANSORAL / RETROFARINGEA	R\$ 1.794,64
04.03.01.011-0	DESCOMPRESSAO DE ORBITA POR DOENÇA OU TRAUMA	R\$ 759,38
04.03.04.002-7	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	R\$ 866,56
04.08.03.036-4	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR	R\$ 1.032,16
04.08.03.037-2	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/ DUROPLASTIA	R\$ 1.071,55
04.12.03.001-2	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	R\$ 1.032,16
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 805,80
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 1.035,91
04.08.03.042-9	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATÉ 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 1.023,76
04.08.03.043-7	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 1.023,76
04.08.03.044-5	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 127,69
04.08.03.046-1	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 994,58
04.08.03.045-3	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 1.078,49
04.06.01.051-0	DRENAGEM C/ BIOPSIA DE PERICÁRDIO	R\$ 1.078,49
04.03.01.039-0	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	R\$ 651,44
04.03.02.001-8	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (2 OU MAIS NERVOS)	R\$ 2.019,22
04.03.02.002-6	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (ÚNICO NERVO)	R\$ 2.019,22
04.06.01.052-8	EXERESE DE CISTO PERICÁRDICO	R\$ 2.019,22
04.06.01.053-6	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	R\$ 2.299,21
04.06.01.145-1	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERATRIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 1.794,64
04.06.01.054-4	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 2.592,71
04.06.01.146-0	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERVENTRICULAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.592,71
04.03.03.006-4	HIPOFISECTOMIA TRANSENFENOIDAL POR TECNICA COMPLEMENTAR	R\$ 645,02
04.06.01.055-2	IMPLANTE C/ TROCA DE POSIÇÃO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS)	R\$ 704,36
04.06.01.147-8	IMPLANTE C/ TROCA DE POSICAO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS) (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 704,36
04.06.01.060-9	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO	R\$ 645,02
04.06.01.057-9	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/ IMPLANTE DE ELETRODO	R\$ 704,36
04.06.01.058-7	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$ 1.192,99
04.06.01.056-0	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO	R\$ 501,47
04.06.01.059-5	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO PARA EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA	R\$ 501,47
04.03.08.001-0	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	R\$ 704,36
04.06.01.061-7	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SITIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO P/ EPIMIOCÁRDICO (POR TORACOTOMIA)	R\$ 401,75
04.06.01.062-5	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SITIO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO	R\$ 455,64
04.06.01.063-3	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SITIO TRANSVENOSO	R\$ 401,75
04.06.01.064-1	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA EPIMIOCÁRDICO	R\$ 410,73
04.06.01.065-0	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$ 143,02
04.06.01.066-8	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA EPIMIOCÁRDICO	R\$ 2.750,59
04.06.01.067-6	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO	R\$ 797,05
04.06.01.068-4	IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORÁRIO TRANSVENOSO	R\$ 797,05
04.06.01.069-2	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR	R\$ 3.222,92
04.03.05.005-7	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBA DE INFUSAO DE FARMACOS	R\$ 829,53
04.03.08.003-7	IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS	R\$ 2.415,60
04.06.01.070-6	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NÃO A REVASCLARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$ 1.901,77
04.06.01.073-0	LIGADURA DE FÍSTULA SISTÊMICO-PULMONAR	R\$ 510,10
04.06.01.148-6	LIGADURA DE FISTULA SISTÊMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 947,20
04.12.04.004-2	LIGADURA DO DUCTO TORÁCICO (QUALQUER MÉTODO)	R\$ 1.347,89
04.12.05.004-8	LOBECTOMIA PULMONAR	R\$ 480,42
04.12.02.003-3	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	R\$ 913,10
04.03.01.012-8	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCÓPICA	R\$ 1.563,15
04.03.05.006-5	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CEU ABERTO	R\$ 1.886,33
04.03.05.007-3	MICROCIRURGIA COM RIZOTOMIA A CEU ABERTO	R\$ 1.895,78
04.03.01.013-6	MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA	R\$ 1.895,78
04.03.02.003-4	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE	R\$ 2.187,43
04.03.02.004-2	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	R\$ 2.187,43
04.03.03.008-0	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	R\$ 661,06
04.03.03.009-9	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR COM TÉCNICA COMPLEMENTAR	R\$ 3.074,32
04.03.04.011-6	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1	R\$ 3.074,32
04.03.04.009-4	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1	R\$ 2.426,32
04.03.04.010-8	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1	R\$ 1.744,59
04.03.04.012-4	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1	R\$ 1.825,23
04.03.03.011-0	MICROCIRURGIA PARA BIOPSIA DE MEDULA ESPINHAL OU RAIZES	R\$ 3.476,44
04.03.06.003-6	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	R\$ 3.057,09
04.03.06.004-4	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO	R\$ 1.754,74
04.03.06.005-2	MICROCIRURGIA PARA LOBECTOMIA TEMPORAL / AMIGDALO-HIPOCAMPECTOMIA SELETIVA	R\$ 2.181,65
04.03.04.005-1	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL	R\$ 1.598,48
04.03.04.006-0	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	R\$ 1.895,78
04.03.06.006-0	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO MULTILOBAR / HEMISFERECTOMIA / CALOSOTOMIA	R\$ 2.294,55
04.03.06.007-9	MICROCIRURGIA PARA RESSECCÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	R\$ 2.074,53
04.03.06.008-7	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO UNILOBAR EXTRATEMPORAL SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO	R\$ 471,02
04.03.03.012-9	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRANIO	R\$ 841,05

04.03.03.013-7	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ÓRBITA	R\$ 999,94
04.03.03.014-5	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	R\$ 1.114,09
04.03.03.015-3	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 597,13
04.03.04.007-8	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 597,13
04.03.02.005-0	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFÉRICO	R\$ 116,08
04.03.02.006-9	MICRONEURORRAFIA	R\$ 5.106,95
04.03.08.004-5	MIECTOMIA SUPERSELETIVA	R\$ 323,03
04.03.02.009-3	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	R\$ 2.645,93
04.06.01.075-7	PERICARDIECTOMIA	R\$ 3.923,14
04.06.01.076-5	PERICARDIECTOMIA PARCIAL	R\$ 3.531,77
04.06.01.077-3	PERICARDIOCENTESE	R\$ 1.211,11
04.06.01.078-1	PLÁSTICA / TROCA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE (ANOMALIA DE EBSTEIN)	R\$ 4.279,78
04.06.01.079-0	PLÁSTICA DE LOJA DE GERADOR DE SISTEMA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL	R\$ 4.893,12
04.06.01.080-3	PLÁSTICA VALVAR	R\$ 375,81
04.06.01.081-1	PLÁSTICA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$ 386,71
04.06.01.082-0	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA	R\$ 375,81
04.12.03.011-0	PLEURODESE	R\$ 1.171,94
04.12.05.006-4	PNEUMOMECTOMIA	R\$ 1.171,94
04.03.01.014-4	RECONSTRUÇÃO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	R\$ 707,32
04.06.01.083-8	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA	R\$ 650,18
04.06.01.084-6	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO	R\$ 2.366,23
04.06.01.085-4	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR	R\$ 2.366,23
04.06.01.086-2	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO	R\$ 2.299,21
04.06.01.087-0	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	R\$ 484,67
04.08.03.050-0	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS	R\$ 2.750,59
04.08.03.051-8	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS TORACO-LOMBO-SACROS	R\$ 1.125,07
04.08.03.053-4	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	R\$ 1.033,44
04.08.03.054-2	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)	R\$ 1.033,44
04.06.01.088-9	RESSECÇÃO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE	R\$ 979,44
04.06.01.089-7	RESSECÇÃO DE MEMBRANA SUB-AÓRTICA	R\$ 578,96
04.06.01.149-4	RESSECÇÃO DE MEMBRANA SUB-AÓRTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 979,44
04.03.01.015-2	RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	R\$ 1.130,06
04.12.01.007-0	RESSECÇÃO DE TRAQUEIA MEDIASTINAL, CARINAL OU CARINOPLASTIA	R\$ 484,81
04.06.01.090-0	RESSECÇÃO DE TUMOR INTRACARDÍACO	R\$ 714,90
04.03.03.016-1	RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	R\$ 3.105,82
04.08.03.055-0	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL	R\$ 3.269,28
04.08.03.056-9	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO	R\$ 3.105,82
04.12.05.010-2	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIÓPSIA DE PULMÃO A CEU ABERTO	R\$ 3.105,82
04.08.03.057-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	R\$ 1.156,87
04.08.03.058-5	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	R\$ 968,54
04.08.03.059-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR	R\$ 967,27
04.08.03.060-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR	R\$ 847,80
04.03.01.016-0	RETIRADA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	R\$ 834,38
04.03.01.017-9	RETIRADA DE PLACA DE CRANIOPLASTIA	R\$ 797,05
04.06.01.092-7	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA	R\$ 853,94
04.06.01.093-5	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	R\$ 1.689,94
04.06.01.094-3	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACÓRPOREA	R\$ 309,15
04.06.01.095-1	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	R\$ 1.128,64
04.08.03.061-5	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR	R\$ 903,27
04.08.03.062-3	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	R\$ 484,68
04.08.03.063-1	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	R\$ 1.211,11
04.08.03.064-0	REVISÃO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	R\$ 1.203,80
04.03.01.018-7	REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	R\$ 1.584,44
04.03.05.010-3	RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA	R\$ 2.268,05
04.03.05.009-0	RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM BALÃO	R\$ 1.723,85
04.12.04.015-8	TORACOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA)	R\$ 1.032,16
04.03.06.009-5	TRANSECÇÕES SUB-PIAIS MÚLTIPLAS EM ÁREAS ELOQUENTES	R\$ 1.668,46
05.05.02.004-1	TRANSPLANTE DE CORAÇÃO	R\$ 3.734,82
04.03.02.010-7	TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL	R\$ 1.723,85
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$ 1.584,44
04.12.01.012-7	TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA	R\$ 2.550,77
04.03.05.016-2	TRATAMENTO ABLATIVO POR ESTEREOTAXIA EM ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATAMENTO DE MOVIMENTOS ANORMAIS OU CONTROLE DA DOR	R\$ 1.584,44
04.03.01.019-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	R\$ 2.268,92
04.03.01.020-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COM SUTURA ÚNICA	R\$ 1.572,44
04.03.01.021-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COMPLEXA	R\$ 2.268,92
04.08.03.068-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 2.268,92
04.08.03.083-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 1.782,09
04.08.03.066-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS	R\$ 2.268,92
04.08.03.069-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR ATÉ OITO NÍVEIS	R\$ 1.584,44
04.08.03.067-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 2.153,96
04.08.03.071-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 2.251,73
04.08.03.072-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS	R\$ 1.584,44
04.08.03.084-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 805,87
04.08.03.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS	R\$ 868,10
04.08.03.085-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 1.204,81
04.08.03.081-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NÍVEIS	R\$ 1.211,11
04.08.03.089-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 1.211,11
04.08.03.080-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NÍVEIS OU MAIS	R\$ 714,90
04.08.03.076-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NÍVEIS	R\$ 1.033,36

04.08.03.073-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NÍVEIS	R\$ 900,43
04.08.03.082-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NÍVEIS	R\$ 786,11
04.08.03.088-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 975,03
04.08.03.086-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 900,43
04.08.03.090-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NÍVEIS	R\$ 900,43
04.08.03.087-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 791,08
04.03.01.022-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE DISRAFISMO ABERTO	R\$ 714,90
04.03.01.023-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE DISRAFISMO OCULTO	R\$ 1.143,91
04.03.04.008-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CAROTIDEO-CAVERNOSA	R\$ 484,69
04.03.01.024-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA	R\$ 1.021,39
04.03.01.025-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA	R\$ 1.021,39
04.12.01.014-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA	R\$ 1.136,68
04.03.01.026-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO	R\$ 275,51
04.08.03.074-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA NIVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)	R\$ 361,41
04.03.01.027-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	R\$ 337,32
04.03.01.028-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	R\$ 421,25
04.03.01.029-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 3.431,38
04.03.01.030-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	R\$ 3.430,75
04.03.01.031-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	R\$ 429,77
04.03.02.011-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	R\$ 429,77
04.03.01.032-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	R\$ 563,72
04.03.01.033-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PLATIBASIA E MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI	R\$ 386,71
04.03.07.014-7	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR	R\$ 386,71
04.12.03.008-0	TRATAMENTO DE COÁGULO RETIDO INTRATORÁCICO (QUALQUER VIA)	R\$ 375,81
04.03.08.007-0	TRATAMENTO DE DOR POR ESTEREOTAXIA	R\$ 375,81
04.03.08.008-8	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA	R\$ 344,15
04.03.08.009-6	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA COM MICRO-REGISTRO	R\$ 344,15
04.03.02.013-1	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFERICO / NEUROMA	R\$ 375,81
04.03.01.034-9	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC	R\$ 375,81
04.03.01.036-5	TREPANACÃO CRANIANA PARA PUÇÃO OU BIÓPSIA	R\$ 386,90
04.03.01.035-7	TREPANACÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 193,35
04.06.01.098-6	TROCA DE AORTA ASCENDENTE	R\$ 375,81
04.06.01.099-4	TROCA DE ARCO AÓRTICO	R\$ 260,88
04.06.01.100-1	TROCA DE CONJUNTO DO SEIO CORONÁRIO NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 386,71
04.06.01.101-0	TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR TRANSVENOSO	R\$ 375,81
04.06.01.102-8	TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 375,81
04.06.01.103-6	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$ 386,83
04.06.01.104-4	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$ 375,81
04.06.01.105-2	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO EM CARDIO-DESFIBRILADOR DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$ 3.923,14
04.06.01.107-9	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 663,91
04.06.01.108-7	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 591,31
04.06.01.109-5	TROCA DE ELETRODOS DE SEIO CORONÁRIO NO CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 591,31
04.06.01.110-9	TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA / DUPLA	R\$ 375,81
04.06.01.111-7	TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 375,81
04.06.01.112-5	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$ 386,90
04.06.01.113-3	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$ 193,35
04.06.01.114-1	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 375,81
04.03.08.010-0	TROCA DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	R\$ 260,88
04.06.01.115-0	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODO DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$ 386,71
04.06.01.116-8	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR	R\$ 375,81
04.06.01.117-6	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTISITIO	R\$ 375,81
04.06.01.118-4	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$ 386,83
04.06.01.119-2	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 375,81
04.06.01.120-6	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$ 3.923,14
04.08.03.078-0	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO DOIS NÍVEIS	R\$ 663,91
04.08.03.070-4	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO EM UM NÍVEL	R\$ 591,31
04.08.03.079-8	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO TRES NÍVEIS	R\$ 591,31

Tabela 12. Impacto Financeiro

OBJETO	VALOR
PLANTÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E EM SALA DE PARTO	R\$ 17.340.060,00
VISITAS MÉDICAS E PRÉ-ANESTÉSICAS	R\$ 576.000,00
PLANTÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA E NEONATAL	R\$ 612.000,00
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS NA ÁREA DE CIRURGIAS ELETIVAS	R\$ 728.710,34
TOTAL ESTIMADO MENSAL	R\$ 19.256.770,34
TOTAL ESTIMADO ANUAL	R\$ 231.081.244,08

Tabela 13. Índices de Desempenho e Performance

Crítérios Obrigatórios	Meta	Cálculo	Peso
Realizar Todas as Visitas Anestésicas Pré-operatórias solicitadas pelo Núcleo de Agendamento Hospitalar (NAH) através de Canal de Comunicação Oficial	> 95%	$\frac{\text{Nº Total de Visitas Solicitadas pelo NAH}}{\text{Nº Total de Visitas realizadas}}$	20
Índice de Suspensões Cirúrgicas relacionado a atividades da Especialidade (indisponibilidade de médico no horário agendado de procedimento cirúrgico ou atraso superior a 01 (uma) hora).	< 2,5%	$\frac{\text{Número de Suspensões}}{\text{Número de Agendamentos Cirúrgicos}}$	20
Realizar o adequado preenchimento de Ficha de Suspensão Cirúrgica pelo médico anestesiológico, quando houver qualquer suspensão de Procedimento na Unidade Hospitalar.	100%	$\frac{\text{Nº de pacientes suspensos pela especialidade}}{\text{Nº de Fichas de Suspensão Cirúrgica Preenchidas}}$	20
Participação de Responsável Técnico da Empresa nas Reuniões previamente agendadas e confirmadas pelo Corpo Diretivo.	100%	$\frac{\text{Número de reuniões agendadas}}{\text{Número de presenças}}$	20
Envio de Escala Médica até o 20º dia anterior ao mês de Competência, ao Diretor Técnico da Unidade Hospitalar, através de Ofício Oficial Endereçado.	100%	Período de Envio Formal de Escala Médica, através de Canal de Comunicação oficial.	20
TOTAL			100

Tabela 14. Descontos após avaliação de Metas de Qualidade e Desempenho

Pontuação	Descontos do pagamento Variável
Abaixo de 20 pontos	Não fará jus aos 20%
20 a 30 pont	30% dos 20%

31 a 40 pontos	40% dos 20%
41 a 50 pontos	50% dos 20%
51 a 60 pontos	60% dos 20%
61 a 70 pontos	70% dos 20%
71 a 80 pontos	80% dos 20%
81 a 90 pontos	90% dos 20%
91 a 100 pontos	100% dos 20%

**ANEXO VII
MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº _____/2023

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº _____/2023
PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS
NA ESPECIALIDADE DE _____,
QUE ENTRE SI CELEBRAM A FUNDAÇÃO
PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE – PB
SAÚDE E A EMPRESA _____.

A FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE – PB SAÚDE,
fundação pública de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o n.º, representada pelo seu
Diretor Superintendente, xxxxxxxx, doravante denominado simplesmente
CRENCIANTE, e a empresa _____, inscrita no CNPJ n.º
_____, com sede na Rua _____, denominada
CRENCIADA, neste ato representado por seu procurador _____, portador
da Carteira de Identidade RG n.º _____, ___ e do CPF n.º _____, tendo em
vista o que consta nos autos do processo N.º xxx, referente ao Edital de Credenciamento
n.º 001/2023, e em observância à Lei n.º 8.666, de 1993 no seu art. 25, *caput*, e suas
alterações, assim como à Lei Federal n.º 8.080/90, Portaria GM n.º 1034/2010, Manual de
Orientações para Contratação de Serviços no SUS, com as demais normas do Sistema
Único de Saúde e princípios norteadores da Administração Pública, nas condições
seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CREDENCIAMENTO

1.1. O objeto do presente Termo é o **CRENCIAMENTO DE EMPRESA PARA
PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS DE**, conforme especificações e
quantitativos estabelecidos no Termo de Referência do processo identificado no
preâmbulo.

1.2. Este Termo de Credenciamento vincula-se ao Edital identificado no preâmbulo e

seus anexos, independente de transcrição.

1.3. A Credenciada prestará, durante o período de vigência do Termo de Credenciamento, os seguintes serviços:

1.3.1. XXXXXXX

1.3.2. XXXXXXX

1.3.3. XXXXXXX

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. A vigência do Termo de Credenciamento será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos enquanto o Edital estiver vigente.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS VALORES E DOS REAJUSTES

3.1. Fica estipulado como valor de referência os valores previstos na Tabela de Procedimentos e Serviços da PB SAÚDE, parte integrante do Termo de referência e do presente instrumento.

3.2. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

3.3. Os valores inicialmente estipulados para a prestação dos serviços previstos no Termo de Referência serão reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, nos termos do art. 26, da Lei nº 8.080/90 e das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

CLÁUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO

4.1. As condições de pagamentos e o prazo para pagamento da CREDENCIADA e demais normas a ele referentes encontram-se definidos no Edital e seus anexos.

CLÁUSULA QUINTA – DO DESCREDENCIAMENTO

5.1. As regras acerca do descredenciamento são as estabelecidas no Edital de Credenciamento, anexo deste Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

6.1. A CREDENCIADA que, no decorrer da contratação, cometer qualquer das infrações previstas na Lei nº 8.666, de 1993, e correlatas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, garantida a prévia defesa, ficará sujeita às seguintes sanções:

6.1.1. Advertência por faltas leves, assim entendidas como aquelas que não acarretarem prejuízos significativos ao objeto da contratação;

6.1.2. Multa moratória de até 1 % (um) por cento por dia de atraso injustificado sobre o valor da contratação, até o limite de 10 (dez) dias;

6.1.3. Multa compensatória de até 10 % (dez) por cento sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total;

6.1.4. Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

6.1.5. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o Órgão Contratante, pelo prazo de até dois anos;

6.1.6. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública Estadual, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos causados;

6.2. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa, observando-se no que couber as disposições da Lei nº 8.666, de 1993;

6.3. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

6.4. As sanções aqui previstas são independentes entre si, podendo ser aplicadas isoladas ou, no caso das multas, cumulativamente, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.

6.5. As penalidades previstas nos subitens 6.1.5 e 6.1.6 importarão na inclusão da CONTRATADA no Cadastro de Fornecedores Impedidos de Licitar e Contratar com o Estado da Paraíba-CAFIL/PB, conforme a Lei nº 9.697/2012.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

7.1. As condições gerais do fornecimento, tais como os prazos para entrega e recebimento do objeto, as obrigações da CREDENCIADA e do CREDENCIANTE, penalidades e demais condições do ajuste, encontram-se definidos no Edital de Credenciamento e seus anexos

E assim, por estarem de acordo, ajustados e contratados, após lido e achado conforme, as partes a seguir firmam o presente Contrato em 03 (três) vias, de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

João Pessoa, _____ de _____ de 2023.