

JUSTIFICATIVA DE PREÇOS

Inicialmente gostaria de esclarecer quanto a especificidade da contratação pretendida, uma vez que se trata de objeto de natureza, técnica e singular, quando comprovado a sua exclusividade, motivo pelo qual torna-se uma tarefa árdua mensurar um valor como referência, restando apenas usar a similaridade de serviços e valores de serviços fornecidos pela mesma empresa.

Vejamos o que preconiza o Artigo 23, § 4º da Lei 14.133/2021

Art. 23. O valor previamente estimado da contratação deverá ser compatível com os valores praticados pelo mercado, considerados os preços constantes de bancos de dados públicos e as quantidades a serem contratadas, observadas a potencial economia de escala e as peculiaridades do local de execução do objeto.

§ 4º Nas contratações diretas por inexigibilidade ou por dispensa, quando não for possível estimar o valor do objeto na forma estabelecida no § 1º, deste artigo, o contratado deverá comprovar previamente que os preços estão em conformidade com os praticados em contratações semelhantes de objetos de mesma natureza, por meio da apresentação de notas fiscais emitidas para outros contratantes no período de até 1 (um) ano anterior à data da contratação pela Administração, ou por outro meio idôneo.

Posto isto, e para justificar que o preço cobrado, está compatível com o valor de mercado foi realizada verificação de preços junto a empresa, onde a mesma fornece o mesmo tipo de serviço a outras empresas particulares, objetivando a CONTRATAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES (CLÍNICO ADULTO), conforme solicitado no Termo de Referência.

Conforme segue:

- UNIMED OESTE DO PARÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – NF N° 202500000002438 – DATA: 09/09/2025 – VALOR DA NOTA - R\$ 176.484,91.
- INSTITUTO DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ-IASEP – NF N° 202500000002292 – DATA: 28/08/2025 – VALOR DA NOTA – R\$ 33.718,83.
- BRADESCO SAÚDE S.A. – NF N° 202500000002320 – DATA: 29/08/2025 – VALOR DA NOTA – R\$ 98.762,65.

Assim, é possível observar que os valores contratados são compatíveis com os preços médios praticados no mercado para os serviços semelhantes ao do objeto, pela empresa que se pretende contratar.

Diante disso, encaminho ao setor competente, para que seja feito a solicitação de dotação orçamentária do Exercício 2025 ao setor de contabilidade da Secretaria Municipal de Saúde-SESMA, para verificação no orçamento municipal a reserva de recursos, objetivando a cobertura de despesas para formalização da contratação, e posteriormente informar a autoridade Superior a disponibilidade orçamentária para a emissão de Declaração Orçamentária e autorização do processo.

Altamira/PA, 24 de setembro de 2025.

FRANCISCO MARCIO ADRIANO DA SILVA:78342007200 Assinado de forma digital por FRANCISCO MARCIO ADRIANO DA SILVA:78342007200

FRANCISCO MÁRCIO A. DA SILVA

Responsável Pela Pesquisa de Preços

Decreto nº 954/2025

PROPOSTA

À

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTAMIRA

Ilmo. Sr. Maurício Miranda do Nascimento

M. D. Diretor da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira.

Com vista à sobrecarga na demanda de atendimentos em saúde à população regional, como polo da transamazônica, o Hospital Santo Agostinho, vem propor a essa Secretaria uma parceria na prestação de serviços, com o intuito de desafogar o fluxo, conforme se segue:

1. O HOSPITAL SANTO AGOSTINHO oferece a disponibilização de até 15 leitos de retaguarda, com exclusividade para utilização pelos pacientes encaminhados por este município a um valor total de R\$1.031,00 por leito disponibilizado por dia, independentemente de seu uso, incluindo diária, exames laboratoriais, medicamentos, materiais, alimentação, atendimento de enfermagem e acompanhamento médico, totalizando a importância fixa R\$15.465,00/ dia.
2. Os repasses deverão ser feitos até o dia 05 (cinco) do mês subsequente à prestação dos serviços pactuados.

Na certeza de comungarmos valores comuns na melhoria do atendimento à população, aguardamos resposta.

Atenciosamente,

Altamira, 22 de setembro de 2025.

JASON BATISTA DO
COUTO:168082581
04

Assinado de forma digital
por JASON BATISTA DO
COUTO:16808258104
Dados: 2025.09.22
09:12:11 -03'00'

Hospital Santo Agostinho Ltda



Brasília-DF, 20 de junho de 2012.

À (Ao),

HOSPITAL SANTO AGOSTINHO
CNPJ: 54218700001-58

Prezados (as),

Segue uma via do **ACORDO OPERACIONAL – ENTIDADE HOSPITALAR** devidamente assinado pela Diretoria da Bradesco Saúde.

Atenciosamente
Bradesco Saúde S/A

Acordo Operacional – Entidade Hospitalar

Pelo presente instrumento particular, de um lado **BRADESCO SAÚDE S.A.**, sociedade estabelecida na Rua Barão de Itapagipe, nº 225 – parte, Rio Comprido, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 92.693.118/0001-60, registrada na ANS sob o nº 005711, representada na forma estabelecida em seu Estatuto Social, doravante denominada **BRADESCO SAÚDE** e, de outro lado **HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA**, com sede na AL POLIVALENTE, S/N, JD UIRAPURU, ALTAMIRA, PA, inscrito no CNPJ sob o nº 54218700001-58 no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES sob o nº 2676044, representado na forma estabelecida em seu Contrato Social/Estatuto Social, doravante denominado **REFERENCIADO**.

Considerando o disposto na Resolução Normativa-RN Nº 42, de 4 de julho de 2003 e RN 60, de 19 de dezembro de 2003, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Resolvem as partes firmar o presente Acordo Operacional, e o fazem mediante as cláusulas e condições a seguir pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1. O objeto do presente Acordo Operacional é regulamentar o relacionamento entre as partes, haja vista que o **REFERENCIADO**, devidamente identificado na Ficha Cadastral que integra este instrumento como Anexo I, prestará aos segurados da **BRADESCO SAÚDE** serviços médico/hospitalares
- 1.1 Os referidos serviços/especialidades, que se encontram descritos e caracterizados no Anexo II que faz parte integrante deste instrumento, serão pagos pela **BRADESCO SAÚDE** por conta e ordem de seus segurados.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO AO SEGURADO

2.1. Competirá ao REFERENCIADO:

- a) Priorizar os atendimentos de urgência e emergência, bem como o atendimento às pessoas com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;

- b) Dispensar aos segurados, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto materiais, dispensados aos seus demais pacientes;
- c) Observar as normas operacionais de atendimento previstas no “**MANUAL DO REFERENCIADO**”, disponível no Portal Bradesco Saúde – www.bradescosauda.com.br, e cujo teor é de total conhecimento e concordância do **REFERENCIADO**;
- d) Assegurar o livre acesso às informações necessárias sobre os serviços prestados aos segurados, aos auditores próprios ou terceirizados habilitados pela **BRADESCO SAÚDE**, observado os preceitos do Código de Ética Médica, possibilitando-os desenvolver o trabalho de auditoria ou visita aos segurados, apresentando, quando solicitado, relatórios ou outros documentos comprobatórios da efetiva prestação dos serviços aos segurados. As auditorias serão realizadas de acordo com a necessidade da **BRADESCO SAÚDE** e abrangerão os seguintes itens:
 - visita e identificação do paciente;
 - análise e checagem do prontuário médico;
 - análise e validação das contas médicas apresentadas;
 - relatórios de evolução do paciente.

2..2. Competirá à **BRADESCO SAÚDE** manter um serviço de atendimento telefônico (Sistema de Atendimento Bradesco Saúde) funcionando 24 horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados, para o fornecimento da autorização (SENHA) quando esta for necessária à realização do procedimento solicitado pelo **REFERENCIADO**, como por exemplo nos casos de internação hospitalar e/ou prorrogação.

CLÁUSULA TERCEIRA – VALORES E PAGAMENTOS

3. Os serviços prestados pelo **REFERENCIADO** aos segurados da **BRADESCO SAÚDE** serão pagos por esta, por conta e ordem dos segurados, conforme as condições, normas e valores estabelecidos na Tabela que passa a fazer parte integrante desse Acordo Operacional, como Anexo III.

3.1.O **REFERENCIADO** enviará à **BRADESCO SAÚDE** os documentos para cobrança dos serviços prestados aos segurados e fornecerá relatório discriminado, em formulários próprios da **BRADESCO SAÚDE**, cabendo ao **REFERENCIADO** o ônus decorrente de incorreções no preenchimento dos citados relatórios.

3.1.1. Fica à critério do **REFERENCIADO** a periodicidade de envio dos documentos de cobrança relativos aos serviços que vier a prestar aos segurados.



- 3.2. Os procedimentos, códigos e/ou serviços não previstos na Tabela (Anexo III) somente serão passíveis de pagamento mediante a prévia negociação e a respectiva anuência expressa da **BRADESCO SAÚDE**.
- 3.3. A **BRADESCO SAÚDE** efetuará o pagamento das faturas, em 45 dias corridos da data de entrega, mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade do **REFERENCIADO**, constante no Anexo I, valendo o comprovante de depósito como recibo de quitação para todos os efeitos, sendo vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários.
- 3.3.1. O não pagamento das faturas na forma estabelecida neste instrumento acarretará a incidência de juros de 12% (doze por cento) ao ano sobre o valor devido.
- 3.4. Caso fique constatado erro na emissão da fatura por parte do **REFERENCIADO**, esta será devolvida para acerto e quando retornar à **BRADESCO SAÚDE** será concedido novo prazo para que seja efetuado o pagamento.
- 3.5. Os valores previstos na Tabela (Anexo III) serão revistos a cada período de 12 (doze) meses, mediante livre negociação entre as partes, devendo as alterações pactuadas serem formalizadas através de Termo Aditivo ao presente Acordo Operacional.

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA

4. O presente Acordo Operacional vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura deste instrumento, ficando prorrogado por iguais períodos, nos mesmos termos ora avençados, caso não haja manifestação prévia e expressa contrária, de qualquer das partes, com 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência do vencimento do seu prazo de vigência.

CLÁUSULA QUINTA – RESILIÇÃO E DA RESCISÃO

- 5.1. O presente Acordo Operacional poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, na hipótese de ser constatada fraude, infração das normas sanitárias e/ou fiscais em vigor por parte do **REFERENCIADO**.
- 5.2. O presente Acordo Operacional poderá, ainda, ser resiliado a qualquer tempo, por qualquer das partes mediante comunicação escrita com antecedência de 45 (quarenta e cinco) dias, contados da data do recebimento da comunicação, obedecido o disposto no art. 17 da Lei 9.656/98.

- 5.3. Qualquer que seja a forma de encerramento do presente Acordo Operacional competirá ao **REFERENCIADO** identificar para **BRADESCO SAÚDE**, por escrito, os pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial.

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADE DO REFERENCIADO

- 6.1 O Hospital **REFERENCIADO** responderá, proporcional e solidariamente, nos limites de sua atuação e responsabilidade, pelos atos ilícitos cometidos contra os segurados da seguradora contratante, que se encontrem em atendimento no nosocômio **REFERENCIADO**, por prejuízos causados, mediante caracterização inequívoca de culpa e dos danos decorrentes.
- 6.2 Toda e qualquer solicitação de atendimento médico e/ou serviços será de responsabilidade do médico assistente devidamente identificado através de receituário médico, cabendo ao **REFERENCIADO** disponibilizar e fornecer todos os recursos necessários para que o atendimento seja realizado, respeitando-se a conduta moral e a ética profissional do serviço a ser prestado, nos termos da legislação pertinente.
- 6.3 O **REFERENCIADO** responsabiliza-se por toda e qualquer informação fornecida à **BRADESCO SAÚDE**, em razão dos serviços prestados aos seus segurados, respondendo, deste modo, administrativa, civil e criminalmente pela inobservância de normas legais, bem como pela inexactidão das referidas informações.
- 6.4 Compromete-se o **REFERENCIADO** a disponibilizar para a **BRADESCO SAÚDE** os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo moral, quando requisitados pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 6.5 Fica vedado ao **REFERENCIADO** dar acesso ou transferir a terceiros os equipamentos e/ou formulários objetos do presente Acordo Operacional, salvo anuência expressa e formal da **BRADESCO SAÚDE**.
- 6.6 Fica vedado ao **REFERENCIADO** transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e obrigações estabelecidas neste Acordo Operacional.
- 6.7 Fica vedada a exigência pelo **REFERENCIADO** de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente ao atendimento ao segurado.

CLÁUSULA SÉTIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. O **REFERENCIADO** autoriza à **BRADESCO SAÚDE** a divulgar seu nome, endereço e telefone nos livros e no site que indicam aos segurados as instituições referenciadas.

- 7.2. O presente Acordo Operacional não é firmado em caráter de exclusividade, podendo cada uma das partes operar com outras instituições.
- 7.3. Este Acordo Operacional representa o total entendimento entre as partes no que se refere à regulamentação do relacionamento entre elas e prevalecerá sobre quaisquer outros entendimentos pretéritos relativos ao objeto deste Acordo Operacional, sejam estes verbais e/ou escritos.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8. Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste Acordo Operacional ou, de seu objeto, as partes elegem como competente o foro regional onde esteja estabelecido o referenciado, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

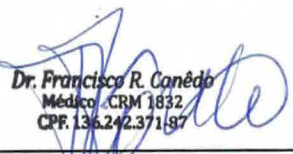
E, por estarem certas e ajustadas, as partes por si, herdeiros e ou sucessores, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas, para os devidos efeitos legais.

Rio de Janeiro, 25 de abril de 2012.


Marcio Cristiano A. Soares
Superintendente
Bradesco Saúde


Raimundo Olinto R. Albergaria
Superintendente Médico
Gestão de Rede
Bradesco Saúde

SUPERINTENDÊNCIA


Dr. Francisco R. Conêdo
Médico CRM 1832
CPF 136.242.371/97

REFERENCIADO

HSA Hospital Santo Agostinho Ltda.

C.N.P.J/M.F. 05.421.870/0001-58

INSC. ESTADUAL 15.081.748-7

Alameda Polivalente, s/nº - Jardim Iracema

Fone: (93) 3515-2892 - Altamira - Pará

Testemunhas:

1) _____
Nome:
CPF e RG:

2) _____
Nome:
CPF e RG:

HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA
HOSPITAL SANTO AGOSTINHO
CNPJ: 05.421.870/0001-58
ALTAMIRA / PA
VIGENCIA: 01 DE NOVEMBRO DE 2011

CÓDIGO	DIÁRIAS	UNID	VALOR R\$
80011187	APARTAMENTO STANDARD	DIA	138,02
80020054	BERÇARIO PATOLÓGICO	DIA	35,53
80010202	ENFERMARIA	DIA	75,16
80010580	HOSPITAL DIA	12HS	48,84

CÓDIGO	TAXA DE RN	UNID	VALOR R\$
81048750	TAXA DE RN - APARTAMENTO	USO	19,61
81048769	TAXA DE RN - ENFERMARIA	USO	10,45

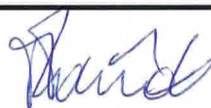
CÓDIGO	TAXA DE URGÊNCIA	UNID	VALOR R\$
81062370	TAXA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	USO	3,92

CÓDIGO	TAXAS EM CENTRO CIRÚRGICO	UNID	VALOR R\$
81011210	PORTE ANESTÉSICO 0	USO	28,75
81011164	PORTE ANESTÉSICO 1	USO	70,59
81011172	PORTE ANESTÉSICO 2	USO	94,11
81011490	PORTE ANESTÉSICO 3	USO	141,17
81010281	PORTE ANESTÉSICO 4	USO	158,16
81010117	SALA DE ENDOSCOPIA C/ ACOMP DE ANEXTESISTA	SESSÃO	70,59

CÓDIGO	TAXAS FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	UNID	VALOR R\$
81010109	SALA AMBULATORIAL / TRATAMENTO	USO	21,06
81012055	SALA DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO	USO	21,06
81010370	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	USO	12,00

CÓDIGO	GASOTERAPIA	UNID	VALOR R\$
86015885	AEROSOL COM MEDICAMENTOS C/OXIGÊNIO	SESSÃO	3,92
86015893	AEROSOL COM MEDICAMENTOS S/OXIGÊNIO	SESSÃO	2,61
86010017	AR COMPRIMIDO	HORA	7,84
86010107	OXIGENIO SOB CATETER	HORA	7,84
86011499	OXIGENIO SOB PRESSÃO	HORA	33,53

CÓDIGO	TAXA DE SERVIÇOS	UNID	VALOR R\$
81037600	CURATIVO ESPECIAL	UNID	20,91
81030908	CURATIVO GRANDE	UNID	13,07
81030916	CURATIVO MÉDIO	UNID	10,46
81030924	CURATIVO PEQUENO	UNID	9,15
81031530	IRRIGAÇÃO CONTÍNUA	DIA	11,76
81031548	LAVAGEM GÁSTRICA (AMBULATORIAL)	SESSÃO	14,38
81031556	LAVAGEM INTESTINAL (AMBULATORIAL)	SESSÃO	14,38
81031866	FOTOTERAPIA	DIA	14,38
81032722	RETIRADA DE GESSO	SESSÃO	9,15
80070094	ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (CAFÉ)	UNID	4,43
80070590	ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (ALMOÇO)	UNID	4,43
80070167	ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (JANTAR)	UNID	4,43
81032773	RETIRADA DE PONTOS	SESSÃO	9,15



CÓDIGO	TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTO	UNID	VALOR R\$
81033176	BISTURI (ELÉTRICO,BIPOLAR,DELTRONIX - FORA DO CENTRO CIRÚRGICO)	USO	36,60
81030185	DESFIBRILADOR (FORA DA UTI E SALA DE EMERGÊNCIA)	SESSÃO	13,07
81032293	EQUIPAMENTO DE LARAROSCOPIA	USO	117,65
81031092	EQUIPAMENTO DE VIDEO-LARAROSCOPIA	USO	147,71
81037180	MONITOR CARDIACO (FORA DA UTI E SALA CIRÚRGICA)	HORA	2,62
81030770	OXICAPNÓGRAFO	DIA	45,75
81043287	OXIMETRO DIGITAL (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	DIA	7,85
81032366	RAIO-X (CENTRO CIRÚRGICO C/ITENS DE IMAGEM)	USO	94,11
81030789	RESPIRADOR Á PRESSÃO (FORA DA SALA DE CIRURGIA)	HORA	3,92
81031149	RESPIRADOR A VOLUME (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	HORA	3,92
81034490	SERRA ELÉTRICA PARA CIRURGIA	USO	28,75

MEDICAMENTOS: BRASÍNDICE PMC

MATERIAIS DE CONSUMO: SIMPRO PREÇO DE FÁBRICA

OPME: TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO DE 20%

Enf.º 01 + 30% Horário Especial
Apto. 02 + x2 Honorário médico Cirúrgico



30/08/23



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

CONTRATO Nº.035 /2023.

**CONTRATO DE CREDENCIAMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ- IASEP E HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA., PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE, CONFORME CHAMADA PÚBLICA Nº.003/2023, MUNICÍPIO DE ALTAMIRA/PA.
PROCESSO Nº 2023/850298.**

O INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ-IASEP, é uma Pessoa Jurídica De Direito Público Interno, com Sede à AV. ALMIRANTE BARROSO, Nº 256, SÃO BRÁS, Município de BELÉM/PA, CEP:66.093-020, inscrito no CNPJ nº. 05.056.031/0001-88, neste ato representado por sua Presidente, **JOSYNÉLIA TAVARES RAIOL**, brasileira, Estado Civil: casada, Advogada, portadora da Cédula de Identidade nº.12486 expedida pelo OAB/PA, CPF nº.513.179.822-15, residente em Belém/PA, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro, **HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA.**, inscrito no CNPJ sob o nº.05.421.870/0001-58, com endereço à ALAMEDA POLIVALENTE, S.N, Bairro JARDIM UIRAPURU, ALTAMIRA/PA, CEP:68.370-000, neste ato representado por **FRANCISCO RODRIGUES CANEDO**, portador(a) da Carteira de Identidade nº.186.132 SIC-GO e inscrito no CPF/MF sob nº. 136.242.371-87, doravante denominada **CONTRATADO**, firmam o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE, mediante as condições constantes nas cláusulas que segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

1.1 - O CONTRATADO prestará serviços na área da saúde, aos Segurados Titulares e Dependentes do IASEP discriminados no Anexo I do presente Contrato, previamente definidos e, em consonância com as necessidades do CONTRATANTE, que integra este instrumento, para todos os efeitos legais.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO: Constituem Obrigações do CONTRATADO:

2.1 - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS:

2.1.1 - Os serviços serão executados na área de saúde, em instalações



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

próprias

2.1.2 do CONTRATADO, com seus próprios recursos, equipamentos, materiais e demais meios necessários para o cumprimento do objeto deste contrato;

2.1.3 - Os equipamentos e instrumentais necessários para a correta execução dos serviços, manutenção, bem como, calibração, para o bom estado de conservação e funcionamento, respectivamente, são de inteira responsabilidade do CONTRATADO, devendo obedecer às Recomendações da Diretoria Colegiada – RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

2.1.4 - Os Produtos para a saúde, ou materiais técnicos deverão estar devidamente registrados na ANVISA;

2.1.5 - É vedado ao CONTRATADO, sob qualquer hipótese, pretexto ou alegação, discriminar ao atender os Segurados do IASEP de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outras Operadoras de planos de saúde;

2.1.6 - O CONTRATADO deverá realizar a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos de forma a atender às necessidades dos Segurados do IASEP, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como aqueles com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;

2.1.7 - O atendimento seguirá prioritariamente as normas deste Contrato, considerando inclusive o disposto no ANEXO I, que é parte integrante deste Instrumento;

2.1.8 - O CONTRATADO deverá manter atualizados, os dados do Responsável Técnico, pelo serviço prestado ao CONTRATANTE, sob pena de suspensão;

2.1.9 - A eventual alteração de qualquer ato constitutivo deverá ser comunicada previamente ao CONTRATANTE. No caso de mudança de endereço do CONTRATADO, o novo local sofrerá vistoria técnica e, após o IASEP analisar a conveniência de manter os serviços no novo endereço, podendo ainda, rever as condições do Contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente;

2.1.10 - O CONTRATADO deverá apresentar produção de serviços, mensalmente, conforme cronograma disponibilizado pelo CONTRATANTE;

2.1.11 - "Caso o CONTRATADO decida pela suspensão da prestação dos serviços, deve informar á CONTRATANTE com antecedência mínima de 30 (trinta) dias e apresentando a devida justificativa, sob pena de incidência das penalidades previstas na CLÁUSULA QUINTA.

2.1.12 - O CONTRATADO deverá disponibilizar agendamento para os Segurados do IASEP, dentro dos dias úteis de cada mês. Para assistência ambulatorial- consultas médicas, deverão assegurar a quantidade mínima de produção, de 20 (vinte) consultas semanais aos segurados do IASEP, sob pena de suspensão;

2.1.13 - A mudança de Diretor Clínico, Responsável Técnico, bem como do



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

Corpo Clínico, deverá ser comunicada imediatamente ao CONTRATANTE, para a adoção de providências internas cabíveis;

2.1.14 - É vedada a cessão, transferência ou comprometimento de quaisquer obrigações desse Contrato a terceiros, sem prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;

2.1.15 - É responsabilidade, do CONTRATADO, cuidar da manutenção e da utilização da senha individual de cada funcionário que for indicado para possuí-la;

2.1.16 - É vedado o atendimento do segurado sem documento de identificação com fotografia, excetuando-se menores até 10 anos de idade;

2.1.17 - É vedado ocultar o nome do credenciado assim como o número do registro no Conselho de Classe;

2.1.18 - É obrigatória a utilização dos códigos e dos preços da Lista Referencial do IASEP;

2.1.19 - É de inteira responsabilidade do CONTRATADO a veracidade dos dados cadastrais, expressos neste contrato;

2.1.20 - É de inteira responsabilidade do CONTRATADO a digitação dos dados, de serviços produzidos com o atendimento dos segurados, para efeito de apresentação da fatura mensal assim como; é vedado ao contratado, apresentar cobrança de serviços que não estejam previamente autorizados e expressamente discriminados no contrato e seus anexos, exceto para cumprimento de decisões judiciais.

2.1.21 - Deverá O CONTRATADO cumprir fielmente as Normas Gerais do Sistema e-saúde;

2.2 - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS: Os Serviços serão executados em conformidade e observância com os seguintes critérios:

221 - Para a realização do Atendimento aos Segurados do IASEP, é imprescindível a solicitação de identificação, através do CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO IASEP, acompanhado de documento de identificação civil; Comprovação de estar em dia com as contribuições para com o IASEP;

222 - Os Atendimentos deverão ser efetuados, mediante consulta prévia no sistema informatizado, e-saúde, do CONTRATANTE quanto: a situação cadastral do Segurado referente à regularidade da contribuição, o cumprimento de carências e a disponibilidade de cotas para a realização de procedimentos;

223 - O CONTRATADO está autorizado a realizar os procedimentos discriminados no ANEXO I deste Instrumento.

2.3 - DA APRESENTAÇÃO DA COBRANÇA: a Cobrança dos serviços prestados deverá ser apresentada pelo CONTRATADO no Protocolo institucional, com a observância dos seguintes parâmetros:

2.3.1 - A Cobrança dos serviços prestados é constituída de CAPA DE LOTE, gerada no sistema e-saúde, de forma eletrônica.

2.3.2 - O período de apresentação das Cobranças, dos Serviços prestados pelo CONTRATADO, será assim realizado:



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

Belém – do 1º ao 5º dia útil do mês subsequente a prestação dos serviços realizados;

Demais Municípios- do 5º ao 10º dia útil do mês subsequente a prestação dos serviços realizados.

2.4 -RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO: Constituem responsabilidades do CONTRATADO:

2.4.1 – As Obrigações e encargos trabalhistas, resultantes de vínculo empregatício, relativos ao pessoal para execução do objeto deste Contrato, por parte do CONTRATADO, não caracteriza em nenhuma hipótese transferência de responsabilidades dos referidos encargos ao CONTRATANTE;

2.4.2 – Os danos decorrentes de culpa por parte do quadro profissional e/ou de terceiros, autorizados pelo CONTRATADO para a execução de serviços, assim como, os em decorrência de falhas em instalações e equipamentos;

2.4.3 – Os prejuízos decorrentes de atos e omissões danosas, aos Segurados do IASEP, praticados por seus empregados, prepostos, diretores ou profissionais por si autorizados;

2.4.4 – Todos os encargos de natureza tributárias incidentes sobre os valores dos serviços prestados, ficando o CONTRATANTE autorizado a efetuar as retenções e os recolhimentos previstos em Lei;

2.4.5 – Os documentos de cobrança deverão ser assinados pelo CONTRATADO, ou por pessoa legalmente autorizada para o ato, a qual com a aposição de sua assinatura e carimbo confirmarão a procedência e lisura da documentação, assumindo responsabilidade solidária com o CONTRATADO para todos os fins de direito.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE: Constituem obrigações do IASEP:

3.1 – DAS OBRIGAÇÕES GERAIS:

3.1.1 - O CONTRATANTE disponibilizará acesso ao Sistema informatizado, e-saúde, e realizará treinamento, em local previamente determinado, para a utilização do referido sistema;

3.1.2 - O CONTRATANTE deverá informar previamente ao CONTRATADO sobre toda e qualquer alteração ocorrida nos seus procedimentos administrativos, que possa repercutir no atendimento aos Segurados do IASEP;

3.1.3 - Zelar para que os serviços ora contratados sejam executados com qualidade e resolutividade, cumprindo rigorosamente o estabelecido neste Contrato, realizando vistoria e ou auditoria técnica amostral, sem que, isso interfira na relação médico-paciente, bem como na conduta diagnóstica e/ou na proposta terapêuticas adotadas pelo CONTRATADO, desde que consentâneos com a ética e com saber científico preconizado na atualidade;

3.1.4 - Zelar para que o CONTRATADO atenda o Segurado do IASEP dentro do estabelecido pelo Código de Ética das respectivas profissões;

3.1.5 - O CONTRATANTE procederá A Auditoria Concorrente e retrospectiva



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

da Fatura protocolada, efetuando o pagamento dos serviços realizados, na forma e prazos constantes deste Instrumento.

3.2 - DO PREÇO: Os serviços prestados pelo CONTRATADO serão remunerados com base nos seguintes critérios:

3.2.1 - Que tenham sido efetivamente prestados aos Segurados do IASEP, com base na solicitação do Médico Assistente;

3.2.2 - Os preços dos serviços são os constantes da LISTA REFERENCIAL DO IASEP, correspondente a data da realização dos mesmos;

3.2.3 - O realinhamento dos preços praticados na LISTA REFERENCIAL DO IASEP, dar-se-á após análises de impactos financeiros e comprovada disponibilidade orçamentária, com o referendo do Conselho de Administração - CONAD.

3.3 - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: Os Pagamentos pelos serviços prestados serão efetuados tendo como base as seguintes condições:

3.3.1 - O pagamento dos serviços prestados será realizado no prazo de 90(noventa) dias, a partir da apresentação das contas ao CONTRATANTE, excetuando-se o valor referente a glosas;

3.3.2- "Enquanto o CONTRATADO não cumprir a obrigação do item anterior, não será computado o início do prazo á CONTRATANTE."

3.3.3 - O CONTRATADO deve apresentar a Nota Fiscal e Recibo, acompanhados de Guias de recolhimento de FGTS e INSS, devidamente quitadas, referente ao mês anterior a execução do serviço;

3.3.4 - Os pagamentos devidos ao CONTRATADO, serão efetuados através de Ordem Bancária em Conta Corrente do Banco do Estado do Pará – BANPARÁ, conforme os termos do Decreto Estadual nº 877, de 31 de março de 2008;

3.3.5- O IASEP pagará mensalmente ao(a) CONTRATADO após análise técnica e conferencia administrativa e auditoria técnica pelos serviços efetivamente prestados, a importância correspondente ao total de atendimentos realizados, em conformidade com a LISTA REFERENCIAL DO IASEP, cujo valor global é estimado em R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REIAIS), para o período de 12 meses.

3.4 - MECANISMO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO:

3.4.1 - A execução do presente Contrato será avaliada pelo CONTRATANTE, através de procedimento de Vistoria, supervisão direta "*in loco*" e auditoria técnica, com a finalidade de verificar a qualidade dos serviços prestados, podendo acessar qualquer documento necessário ao controle e avaliação dos mesmos, ficando resguardados os procedimentos éticos e de sigilo profissional;

3.4.2 - É vedado ao CONTRATADO impedir o acompanhamento e a fiscalização dos serviços que realiza e, prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos técnicos designados pelo CONTRATANTE, para essa finalidade;



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

CLÁUSULA QUARTA - DA ANÁLISE DA COBRANÇA DOS SERVIÇOS

PRESTADOS: A documentação que integra a Cobrança dos serviços realizados e, apresentados pelo CONTRATADO, passará por análise técnica e conferência administrativa por parte do CONTRATANTE, para verificar a conformidade com os padrões estabelecidos pelo IASEP, ou detectar situações que exijam maior avaliação da estrutura dos processos aplicados e os resultados alcançados, de forma a aferir a adequação aos critérios e parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade, mediante exame analítico e em caso de ser constatada inconsistência administrativa e ou técnica será objeto de Glosa, não cabendo recurso administrativo da mesma.

CLÁUSULA QUINTA - DAS PENALIDADES: Pela inexecução total ou parcial deste Contrato o CONTRATANTE poderá, garantida prévia defesa, aplicar ao CONTRATADO as seguintes sanções:

5.1 - ADVERTÊNCIA – aplicável nos casos de qualquer das Cláusulas do Contrato, passando a referida advertência, a fazer parte da Pasta do Credenciado;

5.2 - SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO CONTRATO – aplicável nos casos ou reincidência do item anterior, e na situação prevista no item 2.1.10, deste instrumento;

5.3 - SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE CONTRATAR COM O IASEP – aplicável nos casos reincidência do item anterior, por prazo não superior a 2 anos;

5.4 – DECLARAÇÃO COM INIDONEIDADE PARA CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL - nas situações de litígio envolvendo o CONTRATANTE e o CONTRATADO, será instaurado Processo Administrativo para apuração dos fatos, após conclusão se indicado, será encaminhado ao Órgão competente do Estado, para as medidas legais cabíveis;

5.5 - RESCISÃO DO CONTRATO – aplicável nos casos previstos nos Artigos 77 e 78 da Lei 8.666/93.

5.6 - PENALIDADE DE MULTA – percentual de 5% (cinco por cento) da média dos 03 (três) últimos faturamentos, pela inexecução total ou parcial do contrato, em valor a ser descontado dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou cobrado judicialmente, em conformidade com o art. 87, II da Lei nº 8666/93.

CLÁUSULA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO: A fiscalização do Contrato se dará da seguinte forma:

6.1 – Conforme artigo 67 da Lei 8.666/93, a prestação dos serviços contratados, será objeto de acompanhamento, controle, fiscalização e avaliação por representante do CONTRATANTE, especialmente designado, para a função de Fiscal do Contrato, com atribuições específicas;

6.2 – A fiscalização será exercida no interesse da Administração e não exclui



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por

Quaisquer irregularidades e, a sua ocorrência, não implica corresponsabilidade do CONTRATANTE, de seus Agentes ou Prepostos;

6.3 – Quaisquer exigências da fiscalização inerente ao Objeto do Contrato deverão ser prontamente atendidas pela CONTRATADA, sem ônus para a CONTRATANTE.

6.4 Fica designada a **Gerência de Regulação e Saúde**, que procedera fiscalização e controle do presente instrumento contratual.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO ORÇAMENTO: As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta da Dotação Orçamentária do CONTRATANTE, para o exercício 2022, conforme discriminação abaixo:

FONTE DE RECURSOS	RECEITA PRÓPRIA - 01501000061
PROJETO ATIVIDADE	GESTÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – 8888
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	PESSOA JURÍDICA - 339039 -

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO: O presente Contrato terá a vigência de 01 (um) ano, a contar da data de sua assinatura, podendo, de comum acordo, mediante Termo Aditivo, ser renovado até o limite legal, permitido na Lei 8.666/93.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO: A inexecução total ou parcial do Contrato ensejará a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas na Lei 8.666/93 e suas alterações, em especial, pela inobservância da Legislação vigente e os compromissos previstos neste Contrato;

9.1 - A rescisão poderá ser determinada por ato unilateral e escrita do CONTRATANTE, nos casos enumerados na Lei 8.666/93 e suas alterações, comunicando expressamente ao CONTRATADO, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, hipótese em que será procedido o descredenciamento, sem prejuízo dos serviços já prestados;

9.2 - O CONTRATADO poderá rescindir administrativamente o Contrato, de acordo com o previsto na Lei 8.666/93 e suas alterações, desde que comunique expressamente esta intenção, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, hipótese em que será procedido o seu descredenciamento, sem prejuízo dos serviços já prestados.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS: Fica definido que os casos omissos serão submetidos à apreciação e deliberação do Contratante, cabendo recurso da decisão proferida ao Conselho de Administração do IASEP – CONAD.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO: O presente Contrato deverá ser publicado em forma de Extrato no Diário Oficial do Estado, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data da assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO: Fica eleito o foro da Comarca de Belém, Estado do Pará, para dirimir questões referentes à execução do presente Contrato e seus aditivos, que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos contratantes e nem pelo CONAD.

E, por estarem, assim, justos e contratados, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Belém, 30 de Agosto de 2023.

JOSYNÉLIA TAVARES RAIOL
PRESIDENTE DO IASEP

HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA.
CONTRATADO (A)

TESTEMUNHAS:

1

2 _____



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

ANEXO I

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

NOME	HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA.
CNPJ	Nº05.421.870/0001-58
CONTRATO: Nº 035/2023 CHAMADA - PUBLICA-003/2023- PROCESSO:2023/850298	
ÁREA DE ATUAÇÃO	
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR	
ESPECIALIDADES	
O CONTRATADO prestará os serviços abaixo discriminados (s) pelo IASEP.	
1-CONSULTA MÉDICA NAS ESPECIALIDADES: CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA GERAL E PEDIATRIA.	
2- EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICA ;	
3-APOIO DIAGNÓSTICOS EM: ULTRASSONOGRAFIAS, ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM E SEM BIÓPSIA;	
4- PROCEDIMENTOS A NÍVEL AMBULATORIAL;	
5-ATENDIMENTO HOSPITALAR EM URGÊNCIA E EMERGENCIA E CIRURGIAS ELETIVAS.	

A Lista Referencial do IASEP representa a sistematização dos códigos para procedimentos e exames das tabelas AMB, além dos códigos próprios e de pacotes do IASEP para identificação similar a itens incluídos mais recentemente e constantes da CBHPM: contém os respectivos preços praticados pelo IASEP com os nivelamentos de valoração para o coeficiente de Honorários de procedimentos e Apoio Diagnóstico em Exames Laboratoriais, Imagem e Medicina Nuclear, valores de Diárias e Taxas por grupamento de Hospitais por categorias.


JOSYNELIA TAVARES RAIOL
PRESIDENTE DO IASEP


HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA.
CONTRATADO (A)



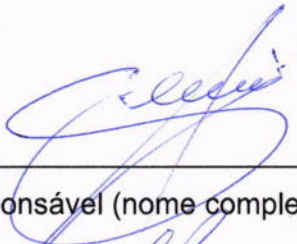
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

ANEXO II

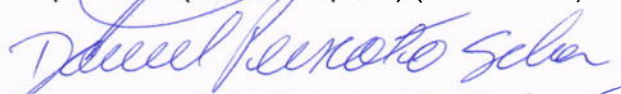
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO LEGAL PARA CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Declaro sob as penas da lei a inexistência de impedimento legal para contratar com a Administração Pública, inclusive em virtude das disposições da Lei Estadual n.º 5.810/94, do artigo 96 da Constituição do Estado do Pará e do artigo 54 da Constituição Federal/88.

Local e data _____



Responsável (nome completo) (N.º do CPF)


703.725.041-15



www.unioestepara.com.br
Travessa Dom Amando, 911, Santa Clara
Santarém-PA - Cep: 68005-420
Tel: 93 2101-9000

FSC

POR ESTE INSTRUMENTO, AS PARTES ABAIXO QUALIFICADAS RESOLVEM, DE COMUM ACORDO, CELEBRAR O PRESENTE **CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES**, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 363 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014, EDITADA PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, DE CONFORMIDADE COM AS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES A SEGUIR EXPENDIDAS:

CLAUSULA PRIMEIRA - DAS PARTES

1.1 CONTRATANTE - UNIMED OESTE DO PARÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com sede na Trav. Dom Amando, nº 911, Santa Clara, CEP. 68005-420, em Santarém-PA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.219.897/0001-00, neste ato representado na forma de seu Estatuto por seus Diretores, **Dr. Alberto Mariano Gusmão Tolentino**, Diretor Presidente, portador da Cédula de Identidade CFM/CRM-PA nº 6196, e inscrito no CPF/MF sob o nº 175.640.772-04, e **Dr. João Otaviano De Matos Neto**, Diretor Administrativo-Financeiro, portador do CPF/MF nº 047.912.662-34 e da cédula de identidade CFM/CRM-PA nº 2838, doravante denominada de "UNIMED" e/ou **CONTRATANTE**.

1.2 CONTRATADA - HOSPITAL SANTO AGOSTINHO, com sede à Alameda Polivalente, nº 2498, Bairro Uirapuru, CEP: 68.372-090 em Altamira - PA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.421.870/0001-58 neste ato representada por **Jason Batista Do Couto**, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 746606 SEG - GO, e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 168.082.581-04, doravante denominada simplesmente "**CONTRATADA**".

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO, NATUREZA DO CONTRATO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

- O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços **HOSPITALARES**, a serem disponibilizados pela **CONTRATADA** nas dependências da clínica, denominado de **HOSPITAL SANTO AGOSTINHO**, de sua propriedade, com a mesma se obrigando ainda a obedecer as exigências previstas no Rol de Procedimentos da ANS e suas alterações

bem como a atender as garantias estabelecidas nos contratos de planos de saúde dos usuários, elencados no ANEXO I deste documento.

2.1 - Os serviços, objeto deste contrato, estão descritos no **ANEXO I**, ficando excluído qualquer outro serviço não previsto expressamente.

2.2 - Qualquer alteração no que tange ao objeto deste contrato, ou ainda no que se refere ao endereço ou outras especificações relativas à prestação do serviço contratado, deverá ser comunicado com 30 dias de antecedência e autorizado por escrito pela **CONTRATANTE**.

2.3 - A **CONTRATADA** compromete-se a manter os padrões técnicos e a qualidade dos serviços contratados durante a vigência deste contrato, na forma da legislação em vigor.

2.4 - A **CONTRATADA** compromete-se a manter sempre atualizada as documentações legais enviando anualmente, conforme relação abaixo:

- Comprovante de quitação do respectivo conselho
- Alvará de funcionamento
- Alvará da ANVISA

2.5 - É vedada a exigência de prestação pecuniária por parte da **CONTRATADA** ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos cobertos pelo plano de saúde, salvo os casos que não contem cobertura pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde.

TERCEIRA - DO ATENDIMENTO E OUTRAS DISPOSIÇÕES - Os usuários da UNIMED OESTE DO PARÁ, cujo plano estiver de acordo com a contratação pactuada com o recurso (códigos identificados no ANEXO I), serão atendidos mediante apresentação do cartão de identificação UNIMED OESTE DO PARÁ, acompanhado da devida comprovação de identificação pessoal através da Biometria. Deve-se ainda, previamente à realização do exame, requerer sua autorização eletronicamente, através do sistema online para autorizações disponibilizado pela CONTRATANTE, sobretudo, em caso de procedimentos de alta complexidade e que possuam

diretrizes de utilização definidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde. A conduta visa evitar a ocorrência de glosas de forma prévia, devendo a contratada, no caso de negativas, pedir revisão do resultado da solicitação, de forma que todos os esclarecimentos possam ser esgotados, inclusive por contato telefônico com a Unimed Origem, antes de comunicado ao beneficiário.

3.1 - A **UNIMED** enviará a **CONTRATADA** os documentos necessários para a operacionalização do objeto deste contrato, que passarão a fazer parte integrante deste instrumento, todavia, poderá a **UNIMED** alterá-lo, a seu exclusivo critério, mediante prévia comunicação por escrito.

3.2 - A **CONTRATADA** quando do atendimento ao usuário, observará as informações constantes do cartão de identificação, especificamente, no que tange a carência, acomodação, abrangência e a cobertura parcial temporária – CP^T, que admite por prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes; assim, existindo a menção da cobertura parcial temporária, a **CONTRATADA** estará obrigada a solicitar informações da **UNIMED Origem**.

3.3 - Para os casos de atendimento de urgência e/ou emergência, quando previsto no **ANEXO I**, a **CONTRATADA** atentar-se-á, obrigatoriamente, para a Guia de Atendimento devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico assistente e assinada pelo usuário responsável, devendo a mesma ser encaminhada com o respectivo laudo de realização do exame e fatura mensal **UNIMED**.

3.4 - Os exames e demais procedimentos oriundos dos atendimentos de urgência e/ou emergência deverão ser solicitados, justificados pelo médico assistente e obrigatoriamente estarem anexos à Guia de Atendimento.

3.5 - Todos os medicamentos e materiais utilizados, cobrados na fatura, deverão estar relacionados única e exclusivamente ao(s) procedimento(s) realizado(s), atentando-se para o Rol de Procedimentos vigentes, para as regras do MIN – Manual de Intercambio Nacional e para o Manual de Normas de Auditoria médica e de enfermagem do Sistema Unimed.

3.6 - Nos serviços que exijam autorização prévia da **UNIMED**, será necessária, além da assinatura do requerente, a aprovação da **UNIMED**, em conformidade com as normas estabelecidas neste instrumento.

3.7 - A CONTRATADA obriga-se a discriminar os serviços prestados por meio do **SISTEMA SAW (Sistema de Atendimento Web)**, dentro do exigido pelo **Padrão TISS** e suas alterações, destacando-se a codificação do procedimento conforme a tabela TUSS, o uso do CID 10, bem como a indicação clínica para o procedimento.

3.8 - Quando o cliente do sistema **UNIMED** apresentar a *Guia de Solicitação de Serviços*, no molde previsto nas cláusulas antecedentes, contendo a prescrição de serviços a serem executados, a **CONTRATADA** está autorizada a realizá-los, sob sua responsabilidade técnica e civil.

3.9 - A CONTRATADA prestará serviços aos usuários da **UNIMED** nas mesmas condições técnicas e de atendimento aplicáveis aos seus demais clientes particulares, inclusive quanto aos prazos de agendamento, privilegiando os casos de emergência e/ou urgência, assim como as pessoas com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, os portadores de necessidades especiais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

3.10 - Fica acordado entre as partes que todo atendimento deverá obedecer às normas previstas neste contrato e em seu anexo, que fazem parte integrante e indissociável deste instrumento e que serão assinados por ambas.

3.11 - Os usuários de outras **UNIMEDS**, desde que **munidos do Cartão de Identificação**, observados os seguintes itens: validade, isenção de carência descritas no verso do cartão e abrangência, a UNIMED origem e o código do usuário, poderão ser atendidos, após prévia autorização da Operadora sede do plano contratado.

3.12 - Em nenhuma hipótese, salvo rescisão contratual, haverá suspensão de atendimento aos usuários da **UNIMED**, sem prévio aviso de, no mínimo, **30 (trinta) dias**.

3.13 - Fica convencionado que a **CONTRATANTE** não custeará as despesas com atendimentos inexistentes ou quantidade de procedimentos diferentes da prescrita no pedido médico ou das previstas no rol de procedimento em vigor e no contrato do usuário.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DO SERVIÇO CONTRATADO

4.1 – Pelos serviços prestados, a CONTRATANTE pagará mensalmente a **CONTRATADA** os valores dispostos no ANEXO I deste contrato e cujo conteúdo passa a fazer parte integrante do presente Contrato.

4.2 – A tabela de preços correspondentes a todos os serviços prestados pela CONTRATADA, bem como a remuneração paga pelos serviços executados serão reajustados com base em livre negociação diretamente entre as partes pactuantes, sendo o período de negociação 90 dias corridos contados a partir de 01 de janeiro de cada ano, se houver a impossibilidade de acordo entre as partes ao término do período de negociação, caberá a aplicação do índice de reajuste definido pela ANS (IPCA)

CLÁUSULA QUINTA – DO FATURAMENTO – A fatura emitida pela **CONTRATADA** deverá ser entregue na sede da **UNIMED**, nas datas especificadas no **ANEXO II**, devendo o documento de cobrança conter os serviços prestados em suas guias de solicitação originais, devidamente datadas, carimbadas e assinadas pelo médico solicitante pelo beneficiário ou seu responsável e ainda conter os laudos comprobatórios de realização dos exames e de composição dos materiais e medicamentos utilizados pelo paciente durante período de internação ou permanência em ambulatório.

5.1 Anexos à fatura, **obrigatoriamente deverão ser apresentados:**

5.1.1 Demonstrativo de cobrança dos serviços prestados;

5.1.2 A guia de atendimento, devidamente preenchida com o código, nome e assinatura do usuário ou representante;

5.1.3 Descrição do material, medicamento e taxas utilizadas (se houver), de acordo com as tabelas TUSS, SIMPRO (materiais) e TNUMM (medicamentos);

5.1.4 A folha de prescrição médica, contendo:

- a) Nome e CRM do médico solicitante / identificação do executante, seu carimbo e assinatura.
- b) código, quantidade e valor do serviço executado, CID 10 e a indicação clínica ou justificativa do médico assistente.

5.1.5 -Arquivo eletrônico.

5.1.6 - No caso de exames de imagem, anexar o respectivo laudo de imagem;

5.1.7 - No caso de Cirurgias, anexar pedido médico, boletins cirúrgicos e de anestesia devidamente assinados pelos médicos cirurgiões e anestesiolistas; caso algum procedimento necessite ser realizado além do que foi previamente autorizado, se faz necessário que a CONTRATANTE solicite autorização imediatamente do serviço, com sua respectiva justificativa médica.

5.2- A cobrança de Taxas, Materiais e Medicamentos deverá obedecer ao disposto nos Anexos I, II e o Manual de Normas de Auditoria Médica e de Enfermagem, disponibilizado no sistema autorizador on-line da operadora.

5.3- A inobservância dos itens supracitados ensejará na devolução da fatura

5.4- Os valores expressos nas faturas deverão corresponder à data ou período de atendimento do cronograma de entrega de produção, respeitando rigorosamente os preços acordados, conforme **ANEXO II**.

5.5 - Não haverá faturamento intermediário entre as datas acordadas no *caput* desta cláusula.

5.6 - Se as datas acordadas coincidirem com o sábado, com o domingo ou com o feriado, o mencionado faturamento fica prorrogado para o primeiro dia útil subsequente.

5.7 - As faturas não entregues até 30 (trinta dias) após a data do atendimento, conforme referido no *caput* desta cláusula, **não serão pagas pela UNIMED, sendo estas consideradas pelas partes inexigíveis.**

5.8 - As despesas não autorizadas pela **UNIMED**, conforme este acordo e respectivo anexo, não serão ressarcidos por esta.

5.9 - Os atos ou eventos médico-odontológico, clínicos ou cirúrgicos, necessitarão de autorização previa da UNIMED, desde que sua cobertura esteja prevista no contrato do usuário e conforme estabelecido na Lei nº 9656/98 e na Resolução CONSU nº 08/98 e nas alterações do Rol de procedimentos editado pela ANS-Agência Nacional de Saúde.

5.10 - Na hipótese de interrupção do serviço de troca eletrônica de informações, a **CONTRATADA** utilizará a guia física de procedimentos médicos, devendo proceder o lançamento eletrônico do pedido de autorização tão logo o sistema esteja restabelecido.

CLÁUSULA SEXTA – DA AUDITORIA – A **UNIMED** reserva-se ao direito de realizar visitas técnicas de auditoria médica e de enfermagem, por profissionais devidamente qualificados e autorizados, sob as seguintes denominações.

6.1 – Auditoria de Prontuário – nos casos cabíveis e para dirimir quaisquer dúvidas, o auditor poderá solicitar, a seu critério, todo e qualquer documento que julgue necessário para o processo de auditoria “in loco”, bem como, discutir eventuais discordâncias com o profissional responsável. Esta auditoria é realizada em, no mínimo, 1 (uma) vez por semana e, até, no máximo, diariamente, dependendo da gravidade do quadro clínico do paciente;

6.2 – Auditoria de Contas – pré-análise que poderá ocorrer na totalidade dos casos ou em apenas alguns deles, a critério da **UNIMED**, devendo ser apresentado pela **CONTRATADA**, nessa ocasião, todo o processo do cliente, incluindo prontuário médico, contábil e todo e qualquer documento que venha a ser necessário para a correta conclusão da análise de enfermagem. Esta auditoria será realizada por fechamento de competência, conforme acordado entre as partes, respeitando periodicidade quinzenal ou mensal.

6.3 – As modalidades de auditoria acima referidas não são excludentes, podendo ocorrer isolada ou concomitantemente conforme decisão **UNIMED**.

6.4 – À **UNIMED** fica reservado o direito de proceder a auditorias e de efetuar, quando houver discordâncias, eventuais glosas nas faturas apresentadas, e à **CONTRATADA** é reservado o direito de recorrer dessas glosas, nos termos ora acordados, para crédito em fatura posterior em caso de comprovada justa obrigação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS GLOSAS – O faturamento, no que se refere à discriminação dos serviços prestados e seus respectivos montantes, serão passíveis de revisão pela **UNIMED**, sendo glosados os valores que estejam em desacordo:

- a) Com o objeto deste contrato;
- b) Com os preços dispostos no **ANEXO I** deste instrumento;
- c) Com a cobrança, valores excessivos e/ou indevidos;

- d) Com a realização de procedimentos específicos sem a devida e expressa autorização da **UNIMED**, ou de procedimentos desnecessários.
- e) Procedimentos realizados sem indicação médica ou CID que não justifique a realização do mesmo;
- f) Outros casos entendidos como cobrança indevida pela **UNIMED**, devidamente justificados.

7.1 - Em caso de caracterização de dolo ou fraude por ambas as partes que importe na rescisão contratual, a parte que der causa pagará multa penal de **50% (cinquenta por cento)** calculada sobre o valor do faturamento do mês anterior ao da rescisão, valor esse que será revestido de liquidez, de certeza e de exigibilidade, constituindo-se na forma da legislação processual civil pátria em título executivo extrajudicial.

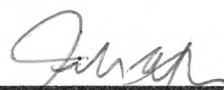
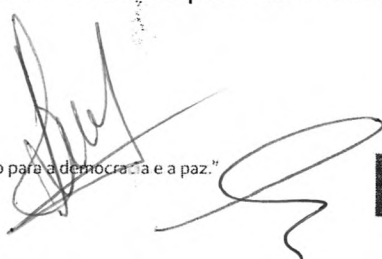
7.2 - Após a competente análise das contas apresentadas e se forem constatadas irregularidades que denotem faturamento a maior, tais valores apurados serão descontados na liquidação da própria fatura ou, quando da impossibilidade desse processamento, na próxima fatura.

7.3 - A contar da data de pagamento de produção, a **CONTRATADA** terá até **30 (trinta) dias para justificar os valores glosados** (divulgado através de relatório na área do prestador) através de e-mail solicitando a revisão da glosa, passado esse prazo considerar-se-á a glosa como justa e aceita.

7.4 - A partir do recebimento da solicitação de revisão, a **UNIMED** terá até **30 (trinta) dias para avaliar as justificativas**, informando a **CONTRATADA**, por escrito, a conclusão do processo que incidirá em confirmação da glosa ou em sua anulação e forma de reembolso.

7.4.1 - O prazo de avaliação das justificativas mencionado acima poderá ser prorrogado por igual período, mediante justificativa do auditor, desde que a quantidade de documentos e/ou a complexidade da análise documental exija procedimento mais acurado.

7.5 - O valor equivalente à glosa só poderá ser cobrado pela **CONTRATADA** após a conclusão do processo de anulação da glosa.



7.6 - A CONTRATADA assegurará livre acesso aos representantes habilitados da **UNIMED**, no sentido de facilitar seu trabalho de auditoria; bem como, fiscalização do atendimento prestado ao usuário.

CLÁUSULA OITAVA - DA FORMA DE PAGAMENTO - A **UNIMED** obriga-se a liquidar as faturas considerando os prazos previstos de entrega e processamento de produção, mediante depósito bancário em conta corrente indicada pelo **CONTRATADA**, conforme definido no **ANEXO II**.

8.1 - Em caso de não cumprimento das datas estipuladas para apresentação da fatura, conforme cronograma de entrega de produção, parte integrante deste contrato, o pagamento somente será processado pela **UNIMED** no mês seguinte, observando-se, ainda, a próxima competência para entrega das faturas e o prazo previsto no *caput* desta cláusula.

8.2 - As glosas técnicas serão realizadas a qualquer tempo e mesmo que a fatura já tenha sido paga, sendo que depois de apresentadas às glosas pela **UNIMED**, a **CONTRATADA** terá um prazo de 30 (trinta) dias para se opor às mesmas. O silêncio da **CONTRATADA** será entendido como concordância.

8.3 - Caso a **UNIMED** deixe de pagar alguma fatura, dentro do prazo previsto neste contrato, o montante representado neste documento será acrescido de multa de 2% a.m (dois por cento ao mês), calculado proporcionalmente aos dias em atraso, incidente sobre o valor do débito, mais juros de mora de 0,03333% ao dia e correção monetária fundada no IPCA do período ou outro índice oficial que venha substituí-lo.

8.4 - Fica vedado a **CONTRATADA** à emissão de duplicatas ou saques de letras de câmbio relativamente a todo e qualquer crédito que lhe couber em decorrência deste contrato; sendo que, não poderá ceder, transferir ou, de qualquer modo, alienar direitos e obrigações decorrentes do presente contrato, inclusive obrigando-se a não caucionar seja com pessoas físicas ou com jurídicas, em especial as instituições financeiras.

CLÁUSULA NONA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO - Este contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura estabelecida no **ANEXO II**, por prazo indeterminado, sendo facultada, tanto à **UNIMED** quanto a **CONTRATADA** sua rescisão, sem quaisquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, por escrito e de modo expresso, com antecedência mínima de **30 (trinta) dias**.

9.1 - As partes poderão rescindir este contrato, sem prévio aviso, nos seguintes casos:

- a) Fraude na prestação dos serviços;
- b) Interrupção dos serviços; salvo por motivos de força maior, ou caso fortuito, devidamente comprovados;
- c) Inobservância às normas sanitárias;
- d) Inobservância às normas fiscais, concordata, falência ou liquidação extrajudicial;
- e) Descumprimento de cláusula contratual.

9.2 - No caso de rescisão do presente contrato a **CONTRATADA** deverá notificar a **UNIMED** sobre os pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada a notificação de laudo evolutivo e com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro prestador, respeitando o sigilo profissional.

9.3 - A **UNIMED** responderá pelos pagamentos dos serviços prestados pela **CONTRATADA** até a data da efetiva rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS -

10.1 - A **CONTRATADA**, na condição de prestador de serviço, toma com exclusividade a responsabilidade para si por todos os ônus fiscais, extrafiscais e parafiscais incidentes sobre o objeto deste contrato, não podendo, em hipótese alguma, qualquer que seja a natureza jurídica ou econômica, repassá-la à **UNIMED**.

10.2 - Por este contrato não se estabelecerá qualquer vínculo empregatício ou responsabilidade da **UNIMED** em relação ao pessoal da **CONTRATADA**, correndo por conta exclusiva desta absolutamente todos os encargos trabalhistas, previdenciários e sociais.

10.3 - A **CONTRATADA** é responsável, civil e criminalmente, por erros técnicos cometidos por seus profissionais, funcionários, prepostos ou terceirizados que a representem perante este contrato, em decorrência da prestação de serviços aos usuários da **UNIMED**.

10.4 - A **CONTRATADA** deverá informar à **UNIMED**, a produção assistencial disponibilizando os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos usuários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional; quando requisitadas por esta e/ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

10.5 - A **CONTRATADA** autoriza a **UNIMED** a divulgar seus dados cadastrais, bem como suas especialidades ou serviços em Guia Médico próprio ou em qualquer meio de comunicação, conforme normas éticas específicas, sem que dessa divulgação resulte para a **CONTRATADA** o direito a percepção de qualquer remuneração.

10.6 - Eventuais concessões, tolerâncias ou demora das partes em exigir o cumprimento de quaisquer obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação ou alteração contratual, por ambas as partes, não gerando direitos, podendo, a qualquer tempo ser exigido o seu cumprimento.

10.7 - No caso das partes descumprirem as condições pactuadas neste instrumento, a parte infratora incorrerá em multa de 10% (dez por cento) incidente sobre o valor do último faturamento.

10.8 - É garantido a **CONTRATADA** a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, porquanto, o presente contrato não é gravado com cláusula de exclusividade, para nenhuma das partes.

10.8.1 - A **UNIMED** poderá, de acordo com sua conveniência ou necessidade, a todo e qualquer tempo e mesmo durante a vigência deste ajuste, contratar com quaisquer outras entidades os mesmos serviços previstos neste instrumento.

10.9 - O presente contrato não estabelece qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária entre as partes.

10.10 - O foro competente para dirimir as demandas com base neste contrato é o da Comarca de Santarém-PA, com expressa renúncia das partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

10.11 - Em decorrência do "**Padrão TISS**" (Troca de informação de Saúde Suplementar), instituído pela Agência Nacional de Saúde, fica estabelecido que todas as transmissões de informações entre a contratada e a contratante deverão obedecer às exigências contidas nas normas aplicáveis à espécie, sobrepondo-se sob as condições ora pactuadas.

10.12 - Para fins de consultar os materiais referentes a tabela TNUMM e o Manual de Normas de Auditoria Médica e de Enfermagem - Anexos I e II ficarão disponíveis no sistema de autorização ON-LINE, a saber no Sistema de Atendimento WEB.

10.13 - As partes comprometem-se a aplicar na presente contratação todas as regras relativas ao "**Padrão TISS**" que vierem a ser criadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.14 - É Vedado por parte da CONTRATADA, em qualquer situação, negociar diretamente com as Unimed's de Intercâmbio. Qualquer negociação deve ser realizada pela CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA- DAS OBRIGAÇÕES:

11.1 - A **CONTRATADA** declara ter conhecimento da Lei nº 9656/98 e assume as seguintes **OBRIGAÇÕES:**

11.1.2 - Não discriminar o usuário ou atendê-lo de forma distinta daquela dispensada aos clientes particulares ou vinculados à outras operadoras ou planos de saúde em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação;

11.1.3 - Marcar consultas, exames e quaisquer outros procedimentos de forma a atender às necessidades dos usuários, privilegiando os casos de emergência e/ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade ou mais, os portadores de necessidades especiais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até os 5 (cinco) anos de idade.

11.1.4 – Oferecer atendimento aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde segundo os prazos dispostos em Resolução Normativa vigente preconizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11.1.5 – A **CONTRATADA** sempre que questionada pela **CONTRATANTE** sobre reclamações dos seus usuários, referente aos serviços prestados por ela, deve responder os questionamentos no prazo de 2 (dois) dias, caso descumpra a referida Cláusula, será aplicada a multa de acordo com a Cláusula 10.8 neste instrumento.

11.1.6– A **CONTRATADA** se obriga a proporcionar toda a estrutura física, eletroeletrônica e tecnológica que se fizer necessária para a implementação, otimização e execução dos serviços pactuados no presente contrato, visando garantir um atendimento contínuo, moderno, eficaz e de qualidade aos beneficiários da **CONTRATANTE**.

11.1.7– A **CONTRATADA** fornecerá à **UNIMED** através de carta, a relação dos seus serviços, com atualização dos mesmos sempre que houver.

11.1.8– A **CONTRATADA** compromete-se a enviar à **UNIMED** circulares e instruções que possam direta ou indiretamente, influenciar no atendimento e que prevalecerão, quando não contrárias às normas avençadas, ou às normas internas da **UNIMED**.

11.2. A **CONTRATANTE** assume as seguintes **OBRIGAÇÕES**:

11.2.1– Disponibilizar treinamento ao Prestador sempre que realizado o credenciamento e reciclagem quando houver necessidade do prestador mediante a solicitação formal.

11.2.2– Realizar visita técnica para avaliação do processo de qualidade da Rede.

11.2.3– Dá assistência ao prestador referente a demandas de autorizações inerentes aos usuários Unimed.

11.2.4– Realizar o processamento e pagamento da produção dentro do prazo determinado

11.2.5– Receber demanda de atualização cadastral, inserção de novos serviços e dúvidas em relacionadas a pagamentos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- DO HISTÓRICO E DA CONFIDENCIALIDADE

13. É de responsabilidade da **CONTRATADA** armazenar e zelar por todas as documentações que formam o histórico e dados clínicos nos atendimentos por ele prestados.

13.1 - Os registros deverão ser claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, armazenados em condições e locais apropriados, a fim de prestar as informações e evitar a sua deterioração por um período mínimo de 05 (cinco) anos, salvo para prontuários, cuja guarda deve ser por, no mínimo, 20 (vinte) anos.

13.2 - O histórico dos clientes, bem como todas as anotações e documentos que o compõem, tais como: laudos, pareceres, resultados de exames e etc., poderão ser consultados por auditores formalmente indicados pela **CONTRATANTE** junto a **CONTRATADA**.

13.3- Em razão de seu caráter sigiloso, os prontuários e demais documentos somente poderão ser retirados das dependências do **CONTRATADA**, nos casos admitidos pelo Código de Ética Médica, amparados por resoluções expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM** ou pelo **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ- CRM-PA** ou por determinação judicial.

13.3.1 - A **CONTRATADA** poderá fornecer cópia de prontuário, mediante requerimento escrito, ao paciente ou seu representante legal devidamente comprovado. Também será fornecida cópia quando requisitada por Juiz, Promotor de Justiça ou Delegado de Polícia Civil, na forma da lei.

13.4 - A **CONTRATANTE** na pessoa de seus médicos peritos e auditores credenciados poderão, entretanto, consultar, os prontuários de seus clientes nas dependências da **CONTRATADA**, respeitadas as normas vigentes.

13.5 - As partes se obrigam por si, por seus sócios, administradores, funcionários, prepostos, contratados ou subcontratados a manter, durante o prazo deste contrato e após o seu término, o mais completo e absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação, principalmente informações médicas obtidas em razão da atividade desempenhada, que eventualmente, venha a ter conhecimento ou às quais venha a ter acesso por força do cumprimento do presente

contrato, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizá-las para si, divulgar, revelar, reproduzir ou delas dar conhecimento a terceiros, responsabilizando-se, em caso de descumprimento da obrigação assumida, por eventuais perdas e danos e sujeitando-se às comunicações legais.

13.5.1 - Para garantir a confidencialidade, a **CONTRATANTE** orienta a **CONTRATADA** a inserir em seus contratos de trabalho o dever do profissional manter o necessário sigilo das informações médicas de que tomar conhecimento do exercício de sua atividade.

13.6 - O acesso ao Prontuário Médico é regido de acordo com as normas do **Código de Ética Médica**, das Resoluções do **CFM- Conselho Federal de Medicina** e das previsões legais cabíveis. Por isso, o acesso a prontuários de beneficiários da **CONTRATANTE** será controlado pela **CONTRATADA** sendo permitido apenas

a colaboradores que prestam assistência direta ao paciente e ao auditor médico da Contratante conforme disposto neste contrato.

13.7- O não cumprimento destas cláusulas de confidencialidade implicará na responsabilidade civil e criminal dos que estiverem envolvidos na violação das regras de sigilo e confidencialidade; sendo que, as obrigações a que alude esta cláusula perdurarão inclusive após a cessação do vínculo entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - INDICADORES NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

14. A prestação de serviço pela **CONTRATADA** terá aplicação de indicadores de desempenho de acordo com a Política de Qualidade da organização, estabelecidos previamente pela **CONTRATANTE**. Os indicadores de desempenho são essenciais na aferição da performance do serviço prestado.

14.1. A prestação de serviço, objeto desse contrato, será dimensionada com os seguintes indicadores:

- Gerenciamento da validade da documentação legal;
- Visita Técnica de avaliação in loco da estrutura e processos de biossegurança;
- Avaliação do processo de entrega da produção conforme cronograma.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - POLÍTICA DE VALORIZAÇÃO DO PRESTADOR DE BOAS PRÁTICAS E DESFECHOS CLÍNICOS.

A Unimed Oeste do Pará no intuito de manter sua parceria com o prestador e fortalecer essa relação com confiança e qualidade, seguindo preceitos norteados pelos órgãos regulamentadores e pelo sistema de cooperativismo Unimed, estabelece esta Política com o objetivo de incentivar de forma clara e objetiva apresentando dados pertinentes as documentações e práticas exercidas pela Unimed Oeste do Pará.

15.1- INCENTIVO A ADOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

Parágrafo Primeiro - A visita será realizada mediante agendamento, por profissional auditor da CONTRATANTE, após contato prévio para envio de formulário específico de avaliação, respeitando as resoluções legais e éticas dos conselhos profissionais, sem envolvimento nas atividades assistenciais realizadas. Após consenso entre o auditor da CONTRATANTE e o responsável do CONTRATADO, o formulário será assinado, ficando uma via para análise dos apontamentos de melhoria. Sendo que cada item avaliado, quando atendido, valem 01 (um) ponto. É de suma importância que haja evidências documentais disponíveis demonstrando o atendimento ou não ao requisito avaliado. A nota final será calculada em percentual tendo como base o total de itens em que o prestador foi avaliado (em que cada item correspondia 1 ponto) e, o total de itens que foram atendidos pelo prestador (ou seja, somou 1 ponto).

O estímulo à adoção de boas práticas será avaliado conforme resultado das visitas de qualificação da rede prestadora, tendo como objetivo acompanhar a conformidade dos processos, boas práticas utilizadas e infraestrutura dos prestadores credenciados. Será concedida selos de qualidade pela Unimed Oeste do Pará. Além disso, serão divulgados à sociedade quanto ao nível de qualidade nas mídias locais e canais disponibilizados pelo Sistema Unimed para prestador que atingir mais de 95,01% na pontuação das visitas técnicas de qualificação da rede prestadora.

Parágrafo Segundo - Após a avaliação in loco, a CONTRATANTE enviará um relatório apontando os pontos de atenção à melhoria e, se necessário, fará sugestões de ações de melhorias.

Parágrafo Terceiro - A periodicidade será de acordo com o percentual de conformidades verificadas durante a visita, sendo:

Ouro: 24 meses

Prata: 12 meses

Bronze: 6 meses.

Sem Classificação: 6 meses.

Parágrafo Quarto - Se o CONTRATADO cumprir os itens descritos acima receberá como forma de reconhecimento, evidenciando as boas práticas instituídas e o processo contínuo de excelência no atendimento, os selos de boas práticas descritos abaixo:

Ouro: 95,01% à 100%

Prata: 75,01% à 95%

Bronze: 60% à 75%

Sem Classificação: Menor que 59,99%.

Parágrafo Quinto - Os prestadores que ficarem abaixo de 60% (menor que 1 estrela) não receberão o selo de boas práticas, poderão nos contatar a fim de receber orientações para melhorar sua qualificação e atingir melhores resultados.

15.2. INCENTIVO A ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

Para os prestadores que obtiverem Certificações/Acreditações quais sejam:

- Organização Nacional De Acreditação - ONA
- Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC)
- Sistema Nacional de Acreditação DICQ
- ABNT NBR ISO 9001:2015
- Accreditation Canada
- Joint Commission International

www.unioestepara.com.br
Travessa Dom Amando, 911, Santa Clara
Santarém-PA - Cep: 68005-420
Tel: 93 2101-9000

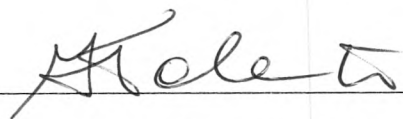
Para os prestadores que apresentarem alguma destas certificações e classificação conforme visita técnica (Ouro, prata ou bronze) passarão a ser evidenciados no Portal Unimed, após validação pela CONTRATANTE.

15.3. DOCUMENTAÇÃO LEGAL

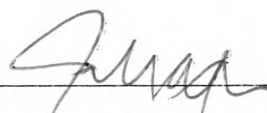
A entrega anual de documentação legal vigente do local de prestação dos serviços é obrigatória conforme determinação contratual.

E por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES** e seu **ANEXO I e II**, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, maiores e idôneas, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Santarém (PA), 03 de Março de 2020.



UNIMED OESTE DO PARÁ
Dr. Alberto Mariano Gusmão Tolentino
Diretor Presidente
Unimed Oeste do Pará



UNIMED OESTE DO PARÁ
Dr. João Otaviano De Matos Neto
Diretor Administrativo Financeiro
Unimed Oeste do Pará

Dr. Jason Batista do Couto
Médico
CRM-PA 4921

CONTRATADA
HOSPITAL SANTO AGOSTINHO

TESTEMUNHAS:

Nome: maralucia Alves Lima
CPF: 795-911.162-68

Nome: _____
CPF: _____

ANEXO I

DADOS DA CONTRATADA/TABELA DE PROCEDIMENTOS E PREÇOS

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA: HOSPITAL SANTO AGOSTINHO, com sede à Alameda Polivalente, nº 2498, Bairro Uirapuru, CEP: 68.372-090 em Altamira - PA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.421.870/0001-58 neste ato representada por **Jason Batista Do Couto**, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 746606 SEG - GO, e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 168.082.581-04, doravante denominada simplesmente "**CONTRATADA**".

Nome Fantasia : HOSPITAL SANTO AGOSTINHO

Responsável Técnico: Jason Batista do Couto

CRM /PA nº: 4921

Local de Atendimento 1 :

End.: Alameda Polivalente, nº 2498

Bairro: Uirapuru

Cep: 68.372-090

Município: Altamira-PA

Fone: 093 3515-1440 / 093 3515-2892

E-mail: hsaatm@hotmail.com

TABELA DE PROCEDIMENTOS E PREÇOS

Para efeito de valorização e faturamento dos procedimentos contratados tomar-se-á por base as seguintes tabelas:

Tabela 93 – Hosp. Santo Agostinho – ROL2014.04 (- 20%) SADT CH 0,28
Tabela 26 – Diária
Tabela 28 – Taxas

CÓDIGOS DE IDENTIFICAÇÃO A SEREM ATENDIDOS:

196 – Unimed Oeste do Pará.

Clientes de Intercâmbio – Clientes com codificação de outras Unimed's (**sempre observar a validade e restrições no cartão de identificação do usuário de outras Unimed's**). O atendimento para os clientes de intercâmbio deverá ser previamente, autorizado pela Unimed Origem, que o fará para a Unimed Oeste do Pará por meio de senha que será retransmitida pela Contratante à Contratada, sendo que os atendimentos serão autorizados de acordo com a cobertura contratual do cliente. Os demais itens de autorizações para clientes de Intercâmbio seguem as mesmas regras estabelecidas anteriormente.

ANEXO II

CRONOGRAMA DE ENTREGA DE PRODUÇÃO E FATURAMENTO

Competência	Período de Atendimento	Entrega de Documentos	Previsão de Pagamento
2019/12	De 01 a 15/12/2019	16/12/2019 (2ª feira)	31/01/2020
	De 16 a 31/12/2019	02/01/2020 (5ª feira)	
2020/01	De 01 a 15/01/2020	16/01/2020 (5ª feira)	28/02/2020
	De 16 a 31/01/2020	03/02/2020 (2ª feira)	
2020/02	De 01 a 15/02/2020	17/02/2020 (2ª feira)	31/03/2020
	De 16 a 28/02/2020	02/03/2020 (2ª feira)	
2020/03	De 01 a 15/03/2020	18/03/2020 (4ª feira)	30/04/2020
	De 16 a 31/03/2020	01/04/2020 (4ª feira)	
2020/04	De 01 a 15/04/2020	16/04/2020 (5ª feira)	29/05/2020
	De 16 a 30/04/2020	04/05/2020 (2ª feira)	
2020/05	De 01 a 15/05/2020	18/05/2020 (2ª feira)	30/06/2020
	De 16 a 30/05/2020	03/07/2020 (6ª feira)	
2020/06	De 01 a 15/06/2020	17/06/2020 (4ª feira)	31/07/2020
	De 16 a 30/06/2020	01/07/2020 (4ª feira)	
2020/07	De 01 a 15/07/2020	16/07/2020 (5ª feira)	31/08/2020
	De 16 a 31/07/2020	03/08/2020 (2ª feira)	
2020/08	De 01 a 15/08/2020	17/08/2020 (2ª feira)	30/09/2020
	De 16 a 31/08/2020	02/09/2020 (4ª feira)	
2020/09	De 01 a 15/09/2020	16/09/2020 (4ª feira)	30/10/2020
	De 16 a 31/09/2020	02/10/2020 (6ª feira)	
2020/10	De 01 a 15/10/2020	16/10/2020 (6ª feira)	30/11/2020
	De 16 a 31/10/2020	03/11/2020 (3ª feira)	
2020/11	De 01 a 15/11/2020	18/11/2020 (4ª feira)	29/12/2020
	De 16 a 30/11/2020	02/12/2020 (4ª feira)	
2020/12	De 01 a 15/12/2020	16/12/2020 (4ª feira)	
	De 16 a 31/12/2020	04/01/2021 (2ª feira)	

As guias devem ser e serão automaticamente processadas no próximo período de processamento do sistema. As guias devem ser entregues rigorosamente nas datas supracitadas para não correr risco de serem remanejadas para o período de processamento subsequente. Caso alguma guia referente ao período de competência não esteja autorizada no momento do faturamento, recomendamos destinar para a próxima produção, para não comprometer o processamento da competência em vigor e o seu respectivo pagamento. As guias entregues fora dos prazos de recebimento serão automaticamente processadas no próximo período de processamento do sistema.



www.unioestepara.com.br
Travessa Dom Amando, 911, Santa Clara
Santarém-PA - Cep: 68005-420
Tel: 93 2101-9000



O cronograma de entrega de produção será atualizado e entregue anualmente ao prestador.
Obs. Se as datas acordadas coincidirem com o sábado, com o domingo ou com o feriado, o pagamento fica para o primeiro dia útil subsequente.

<u>DADOS PARA O FATURAMENTO</u>			
Retenção (Conforme Teto Financeiro):			
I.R.P.J.: 1,5%	COFINS: 3,0%	PIS/PASEP: 0,65%	CSLL: 1%
IRPJ: Conforme tabela de IR vigente.			
Emite Nota Fiscal: Sim			
Optante do Simples: () Não (x) Sim – Obs.: Se sim, anexar comprovante de adesão.			
Dados de pagamento:			
Banco nº: Banco do Brasil S/A			
Agência nº: 0567-3			
C/C nº: 3.504-1			
Nome: HOSPITAL SANTO AGOSTINHO			
Data de Pagamento: 30 (trinta) de cada mês (ou no 1º dia útil subsequente).			
Data de Entrega do Faturamento: Conforme cronograma de produção médica (anexo II).			
Pagamento por: Depósito			
Endereço para entrega do faturamento:			
Unimed Oeste do Pará Cooperativa de Trabalho Médico – CNPJ: 10.219.897/0001-00			
Travessa Dom Amando, 911 – Santa Clara – Santarém – PA. CEP.: 68005-420			



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 362140

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CONTRATADOS:

Cláusula 1ª Para todo o procedimento contratado na forma de pacote, e todos os tratamentos seriados, independente do valor, deverá haver autorização prévia.

Cláusula 2ª – Todos os medicamentos e materiais utilizados devem ser parametrizados de acordo com as codificações **TNUM/SIMPRO**, respectivamente, devendo-se ater exclusivamente ao procedimento contratada

Parágrafo 1º – Para efeito desta cláusula será adotada a seguinte definição:

Parágrafo 2º – Todos os materiais e/ou medicamentos de alto custo necessitam de autorização prévia da **UNIMED**. Utilizar para tanto o sistema on-line de autorização: Sistema de Atendimento Web.

Parágrafo 3º – A autorização deverá ser apresentada no faturamento juntamente com a Nota Fiscal de compra nominal ao usuário. A auditoria da **UNIMED** avaliará quantidades e valores cobrados.

DAS DESPESAS NÃO AUTORIZADAS

Cláusula 3ª – Não compete à **UNIMED** estabelecer acertos de despesas extraordinárias realizadas pelos usuários por ocasião da realização dos procedimentos, objeto deste contrato, devendo os referidos acertos serem realizados por estes (usuários), junto ao **CONTRATADO**

Parágrafo Único – Para fins deste contrato, consideram-se despesas extraordinárias, as não elencadas no rol supracitado e/ou que não foram previamente autorizadas pela UNIMED, inclusive, exemplificativamente, a utilização dos serviços de estética, lanchonete, serviços de

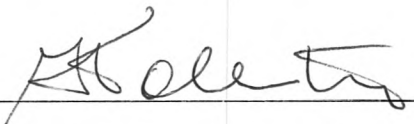
www.unioestepara.com.br
Travessa Dom Amando, 911, Santa Clara
Santarém-PA - Cep: 68005-420
Tel: 93 2101-9000

copa, lavanderia, frigobar, produtos de toalete e higiene pessoal, aparelhos eletrônicos, ligações telefônicas, bem como demais despesas excluídas da cobertura contratual do usuário e/ou não vinculadas ao referido contrato.

E por estarem justas e acordadas, as partes assinam **ANEXO I e II**, que são partes integrantes do contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, para os devidos fins de direito.

Santarém (PA), 03 de Março de 2020.

CONTRATANTE:



Dr. Alberto Mariano Gusmão Tolentino
Diretor Presidente
Unimed Oeste do Pará



Dr. João Otaviano De Matos Neto
Diretor Administrativo Financeiro
Unimed Oeste do Pará


CONTRATADA
HOSPITAL SANTO AGOSTINHO

Dr. Jason Batista do Couto
Médico
CRM-PA 4921

TESTEMUNHAS:

Nome: marcelina Alves Lima
RG nº: 4741166 SSP/PA

Nome: _____
RG nº: _____

NFS[®]D NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DIGITAL  Consulte autenticidade via QR Code.	 PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA - PA SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS - SEMAF NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DIGITAL - NFSD	Número da Nota 202500000002291
		Data e Hora 28/08/2025 08:19:56
		Código de Verificação 96c73eacf



Nome/Razão Social: HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA

CPF/CNPJ: 05.421.870/0001-58 Domicílio Tributário Digital: hsaatm@hotmail.com

Município: ALTAMIRA UF: PA Inscrição Municipal: 540198

Endereço: Alameda Polivalente Nº 2498 Bairro: Jardim Uirapuru - CEP: 68372-090

TOMADOR DE SERVIÇO

Nome/Razão Social: INSTITUTO DE ASSISTENCIA SAUDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARA

CPF/CNPJ: 05.056.031/0001-88 E-mail: notafiscaliasep@gmail.com

Município: BELÉM UF: PA

Endereço: Avenida João Paulo II Nº 277 Bairro: Marco - CEP: 66095-491

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Nº do processo: 2025/2384227

Mês de realização do serviço: FEVEREIRO/2025

Tipo de serviço: AMBULATORIAL

VALOR DA NOTA: R\$ 38.923,85

CNAE: 8610-1/01

Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

PIS (0.0%)	COFINS (0.0%)	INSS (0.0%)	IR (1.2%)	CSLL (0.0%)
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 467,09	R\$ 0,00
Deduções	Desconto Incondicionado	Base cálculo	Alíquota (%)	Valor do ISS
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 38.923,85	5,00	R\$ 1.946,19

VALOR LÍQUIDO: R\$ 38.456,76

Outras Informações

Data de vencimento do ISS desta NFSd: 10/09/2025

Nota fiscal referente ao Mês: 08/2025

Regime de tributação: Normal

Esta NFSd foi emitida com base no Art. 147 da Lei nº 3.189/2013.

Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.

Local da prestação do serviço: ALTAMIRA - PA

Situação Tributária: Tributável

Tipo recolhimento: ISS PRÓPRIO

Responsável: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

Tributação do serviço: TRIBUTÁVEL NO MUNICÍPIO

NFS[®]D NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DIGITAL Consulte autenticidade via QR Code.	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA - PA SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS - SEMAF NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DIGITAL - NFSD	Número da Nota 202500000002292
		Data e Hora 28/08/2025 08:24:10
		Código de Verificação 5046338ae
PRESTADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA CPF/CNPJ: 05.421.870/0001-58 Domicílio Tributário Digital: hsaatm@hotmail.com Município: ALTAMIRA UF: PA Inscrição Municipal: 540198 Endereço: Alameda Polivalente Nº 2498 Bairro: Jardim Uirapuru - CEP: 68372-090		
TOMADOR DE SERVIÇO Nome/Razão Social: INSTITUTO DE ASSISTENCIA SAUDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARA CPF/CNPJ: 05.056.031/0001-88 E-mail: notafiscaliasep@gmail.com Município: BELÉM UF: PA Endereço: Avenida João Paulo II Nº 277 Bairro: Marco - CEP: 66095-491		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS Nº do processo: 2025/2380778 Mês de realização do serviço: FEVEREIRO/2025 Tipo de serviço: INTERNAÇÃO		
VALOR DA NOTA: R\$ 33.718,83		
CNAE: 8610-1/01 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências		
PIS (0.0%) R\$ 0,00	COFINS (0.0%) R\$ 0,00	INSS (0.0%) R\$ 0,00
IR (1.2%) R\$ 404,63	CSLL (0.0%) R\$ 0,00	
Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Base cálculo R\$ 33.718,83
Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS R\$ 1.685,94	
VALOR LÍQUIDO: R\$ 33.314,20		
Outras Informações Data de vencimento do ISS desta NFSd: 10/09/2025 Nota fiscal referente ao Mês: 08/2025 Regime de tributação: Normal Esta NFSd foi emitida com base no Art. 147 da Lei nº 3.189/2013. Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres. Local da prestação do serviço: ALTAMIRA - PA Situação Tributária: Tributável Tipo recolhimento: ISS PRÓPRIO Responsável: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR Tributação do serviço: TRIBUTÁVEL NO MUNICÍPIO		



Consulte autenticidade via QR Code.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA - PA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS - SEMAF
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DIGITAL - NFSD

Número da Nota

202500000002320

Data e Hora

29/08/2025 10:07:40

Código de Verificação

ee8736989

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Nome/Razão Social: HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA

CPF/CNPJ: 05.421.870/0001-58 Domicílio Tributário Digital: hsaatm@hotmail.com

Município: ALTAMIRA UF: PA Inscrição Municipal: 540198

Endereço: Alameda Polivalente Nº 2498 Bairro: Jardim Uirapuru - CEP: 68372-090

TOMADOR DE SERVIÇO

Nome/Razão Social: BRADESCO SAUDE S/A

CPF/CNPJ: 92.693.118/0001-60 E-mail: financeiro@bradescoseguros.com.br

Município: RIO DE JANEIRO UF: RJ

Endereço: Rua Barao De Itapagipe Nº 225 Bairro: Rio Comprido - CEP: 20261-901

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente a serviço hospitalar aos usuários SAUDE BRADESCO

VALOR DA NOTA: R\$ 98.762,65

CNAE: 8610-1/01

Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

PIS (0.0%) R\$ 0,00	COFINS (0.0%) R\$ 0,00	INSS (0.0%) R\$ 0,00	IR (0.0%) R\$ 0,00	CSLL (0.0%) R\$ 0,00
Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Base cálculo R\$ 98.762,65	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS R\$ 4.938,13

VALOR LÍQUIDO: R\$ 98.762,65

Outras Informações

Data de vencimento do ISS desta NFSd: 10/09/2025

Nota fiscal referente ao Mês: 08/2025

Regime de tributação: Normal

Esta NFSd foi emitida com base no Art. 147 da Lei nº 3.189/2013.

Local da prestação do serviço: ALTAMIRA - PA

Situação Tributária: Tributável

Tipo recolhimento: ISS PRÓPRIO

Responsável: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

Tributação do serviço: TRIBUTÁVEL NO MUNICÍPIO

Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.



Consulte autenticidade via QR Code.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA - PA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS - SEMAF
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DIGITAL - NFSD

Número da Nota

202500000002438

Data e Hora

09/09/2025 14:16:02

Código de Verificação

193438b23

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Nome/Razão Social: HOSPITAL SANTO AGOSTINHO LTDA

CPF/CNPJ: 05.421.870/0001-58 Domicílio Tributário Digital: hsaatm@hotmail.com

Município: ALTAMIRA UF: PA Inscrição Municipal: 540198

Endereço: Alameda Polivalente Nº 2498 Bairro: Jardim Uirapuru - CEP: 68372-090

TOMADOR DE SERVIÇO

Nome/Razão Social: UNIMED OESTE DO PARA COOP. DE TRAB. MEDICO

CPF/CNPJ: 10.219.897/0001-00 E-mail: naoinformado@gmail.com

Município: SANTARÉM UF: PA

Endereço: Travessa Dom Amando Nº 911 Bairro: Santa Clara - CEP: 68040-000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente a prestação de serviços dos usuários Unimed

Prod: 06/2025

Retenções:

Base de cálculo IR - 90512,71 (1,50%) = R\$ 1.357,69

Base de cálculo COFINS - 126418,35 (3,00%) = R\$ 3.792,55

Base de cálculo PIS - 126418,35 (0,65%) = R\$ 821,72

Base de cálculo CSLL - 126418,35 (1,00%) = R\$ 1.264,18

VALOR DA NOTA: R\$ 176.484,91

CNAE: 8610-1/01

Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

PIS (0.0%) R\$ 0,00	COFINS (0.0%) R\$ 0,00	INSS (0.0%) R\$ 0,00	IR (0.0%) R\$ 0,00	CSLL (0.0%) R\$ 0,00
Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Base cálculo R\$ 176.484,91	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS R\$ 8.824,25

VALOR LÍQUIDO: R\$ 176.484,91

Outras Informações

Data de vencimento do ISS desta NFSd: 10/10/2025

Nota fiscal referente ao Mês: 09/2025

Regime de tributação: Normal

Esta NFSd foi emitida com base no Art. 147 da Lei nº 3.189/2013.

Local da prestação do serviço: ALTAMIRA - PA

Situação Tributária: Tributável

Tipo recolhimento: ISS PRÓPRIO

Responsável: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

Tributação do serviço: TRIBUTÁVEL NO MUNICÍPIO

Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.