

CONTRATO N° 105 /2023
PROCESSO N° 57.205/2023-08

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS - CAPEP-SAÚDE E HOSPITAL SÃO CAMILO - POMPÉIA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA ALOGENICO PARA O BENEFICIÁRIO H. P. P. G., CARTEIRINHA N° 052867-6.

Pelo presente instrumento, de um lado **CAPEP-SAÚDE**, doravante simplesmente denominada **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ-MF sob o n° 58.197.948/0001-69, com sede na Avenida Francisco Glicério, n° 479 - Bairro Pompéia, em Santos, Estado de SAO PAULO, neste ato representada por sua Presidente, **GILVANIA KARLA NUNES BELTRAO ALVARES**, e de outro lado a empresa **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**, nome Fantasia **HOSPITAL SÃO CAMILO - POMPÉIA** com sede na Av. Pompéia, 1178 - Pompéia - São Paulo/SP inscrita no CNPJ 60.975.737/0002-32, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, neste ato representada por **FRANCISCO GOMES DA SILVA** por esta última na forma de sua representação, foi dito que tendo sido aceita a proposta apresentada par ambas as partes, conforme especificações contidas no **Anexo Único**, parte integrante do presente Contrato, por Dispensa de Licitação com base no que prevê o **inciso IV, do artigo 24 da Lei Federal nº 8.666/93** em caráter emergencial, visando atender a demanda do Processo digital judicial **1024097-10.2023.8.26.0562, Processo Administrativo nº 55.288/2023-56**, cujo teor declara expressamente conhecer e aceitar vem assinar o presente instrumento, concordando com os termos e condições, pelos quais desde já se obrigam:

CLAUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO: O presente Contrato tem por objeto a **REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ALOGÊNICO**, única exclusivamente ao beneficiário H. P. P. G., carteirinha nº 052867-6, em razão e nos limites constantes no Processo Digital Judicial nº 1024097-10.2023.8.26.0562, Processo Administrativo nº 55.288/2023-56, ficando expressamente proibida a prestação para outros mutuários.

CLAUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA: O presente Contrato vigorará pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da assinatura.

CLAUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE INÍCIO, DOS LOCAIS E DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: O início do atendimento deverá ser providenciado no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados da assinatura do contrato, de acordo com as especificações.

PARAGRAFO PRIMEIRO: O local de atendimento será na Av. Pompéia nº 1178 Pompéia – São Paulo/SP, ficando responsável pelo reconhecimento do atendimento do beneficiário H. P. P. G., carteirinha nº 052867-6, o próprio ou seu acompanhante.

PARAGRAFO SEGUNDO: O **transplante alogênico** deverá ser realizado de acordo com o determinado pelo médico solicitante, cuja prescrição consta as fls.31 e 32 do Processo Administrativo nº 57.205/2023-08.



PARAGRAFO TERCEIRO: A CONTRATADA deverá submeter o atendimento ao beneficiário, a fim de verificar se o mesmo está de acordo com o prescrito pelo médico. Em casos de divergências, esta deverá ser comunicada imediatamente a CONTRATANTE.

PARAGRAFO QUARTO: A CONTRATANTE poderá recusar o recebimento de fatura correspondente ao serviço prestado, caso esta não venha acompanhada de relatório de atividades, devidamente assinado beneficiário H. P. P. G., carteirinha Nº 052867-6 ou seu acompanhante.

PARAGRAFO QUINTO: Na entrega da fatura e constatado o atendimento contratado, objeto deste ajuste, a CONTRATADA deverá emitir Nota Fiscal contemplando o valor dos atendimentos, que será liberada e encaminhada para pagamento após receber o aval do Departamento de Assistência à Saúde e Auditoria da CAPEP.

PARAGRAFO SEXTO: Todas as despesas com os profissionais envolvidos no tratamento ora contratado correrão por conta e risco da CONTRATADA, bem como o recolhimento de todos os tributos incidentes.

CLÁUSULA QUARTA - DOS PREÇOS: Pela prestação dos serviços descritos no Anexo Único deste Contrato, o CONTRATANTE pagará a CONTRATADA o valor Estimado de R\$ 249.819,55 (duzentos e quarenta e nove mil, oitocentos e dezenove reais e cinquenta e cinco centavos) referente ao exame de testagem, Pacote de Transplante alogênico.

PARÁGRAFO ÚNICO: Eventuais despesas adicionais decorrentes do objeto contratual deverão ser encaminhados à CONTRATANTE que se compromete a realizar o pagamento conforme regras e prazos aqui acordados.

CLÁUSULA QUINTA - DO FATURAMENTO E DO PAGAMENTO: Após cada etapa concluída a CONTRATADA deverá emitir Nota Fiscal/Fatura, contemplando os atendimentos efetuados correspondentes à fase.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O pagamento será efetuado mediante **crédito em conta corrente**, em até 20 (vinte) dias fora o decêndio, contados da data da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, com a aceitação da unidade gestora, que a encaminhará ao setor competente para as devidas providências.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Eventuais boletos encaminhados pela CONTRATADA estranhos aos serviços ajustados serão tidos como inexistentes, para todos os fins e efeitos legais.

CL.AUSULA SEXTA - DAS OBRIGACOES DA CONTRATADA:

A CONTRATADA obrigar-se-á:

- I. Executar fielmente o ajustado, atendendo de acordo com o descrito no Anexo Único deste instrumento;
- II. Efetuar tratamento no local, prazo e condições estipulados na Clausula Terceira, deste Contrato;
- III. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto deste Contrato;
- IV. Prestar a CONTRATANTE, sempre que necessário, esclarecimentos sobre o serviço contratado, fornecendo toda e qualquer orientação necessária para a perfeita utilização do mesmo;

- V. Responsabilizar-se pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes da execução do objeto do presente Contrato, tais como: seguros, impostos, taxas, contribuições fiscais, previdenciárias, trabalhistas, fundiárias, enfim por todas as obrigações e responsabilidades, por mais especiais que sejam e mesmo que não expressas neste procedimento;
- VII. Manter, durante toda a execução do Contrato, as condições de habilitação exigidas no procedimento que reconheceu a Dispensa de licitação;
- VIII. Emitir relatório da prestação de serviço, especificando data dos atendimentos a cada envio de conta;
- IX. Cumprir a legislação vigente relativa à segurança e higiene do trabalho no que se refere ao pessoal colocado à disposição dos serviços contratados, fiscalizando, inclusive a utilização pelos funcionários e uso dos equipamentos individuais de segurança.
- X. Responsabilizar-se por seus empregados e auxiliares, no que concerne ao cumprimento da legislação trabalhista, previdência social, seguro de acidentes de trabalho, ou quaisquer outros encargos previstos em lei, em especial no que diz respeito as normas de segurança do trabalho, prevista na Legislação Federal, (Portaria 3. 214 de 08/07/1978, do Ministério do Trabalho).
- XI. Na execução do objeto deste termo, o CONTRATADO reconhece a prerrogativa de controle, regulação, avaliação e de auditoria da CONTRATANTE bem como suas regras específicas para prestação de serviços de saúde e excluídas as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, as quais não se aplicam a este Contrato, em face da natureza jurídica da CONTRATANTE;
- XII. Todo e qualquer item que esteja fora do pacote deverá ser solicitado previamente a CONTRATANTE;

CLÁUSULA SÉTIMA DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

A CONTRATANTE obrigar-se-á:

- I. Prestar todas as informações necessárias ao fiel cumprimento do presente instrumento;
- II. Atestar a Nota Fiscal/ Fatura de acordo com o serviço executado, quando em conformidade com o presente Contrato, encaminhando-a ao setor competente para as providências relativas ao pagamento;
- III. Fornecer a qualquer tempo e com o máximo de presteza, mediante solicitação escrita da CONTRATADA, informações adicionais, diminuir dúvidas e orientá-las em todos os casos omissos;
- IV. Fiscalizar a execução do ajuste com o intuito de verificar o fiel cumprimento do objeto do contrato;
- V. Comunicar por escrito qualquer falha ou deficiência por parte da CONTRATADA.
- VI. Efetuar os pagamentos devidos, nos termos, prazos e condições estabelecidas neste contrato.

CLÁUSULA OITAVA - DA FISCALIZAÇÃO E GERENCIAMENTO: Compete ao Chefe do DEASA em exercício ou setor por este designado, gestor do contrato, a fiscalização quando da entrega, conferência das quantidades dos atendimentos prestados pela empresa, verificando o cumprimento do estabelecido em prescrição médica, como também atestar a Nota Fiscal/Fatura de acordo com os atendimentos prestados, quando em conformidade com o presente Contrato, encaminhando-a ao setor competente para as providências relativas ao pagamento.

CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES: Garantida a defesa prévia, a inexecução total ou parcial do Contrato, assim como a execução irregular ou atraso injustificado, sujeitará a CONTRATADA, sem prejuízo da rescisão do Contrato, as seguintes penalidades:

- I - Advertência;
- II - Multa;
- III - Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de Santos, Caixa de Assistência ao Servidor Público Municipal de Santos- CAPEP-SAÚDE por período não superior a 02 (dois) anos;
- IV - Declaração de idoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

PARÁGRAFO PRIMEIRO:

A CONTRATADA ficará sujeita as seguintes multas:

- I - 1/3 (um terço) do valor total do Contrato, por inexecução total;
- II - 1/3 (um terço) do serviço não realizado, por inexecução parcial, caracterizada quando a CONTRATADA somente realizar parte do (s) serviço (s);
- III - 1% (um por cento) do valor do serviço não entregue, por dia de atraso na entrega dos do(s) serviço (s);
- IV - 10% (dez por cento) do valor mensal contratado, caso a CONTRATADA não atenda ao prazo previsto na clausula terceira;
- V - 10% (dez por cento) do valor total do Contrato, na hipótese de não cumprimento de qualquer outra clausula ou condição do Contrato.

PARAGRAFOS SEGUNDO: As multas poderão ser descontadas dos créditos da CONTRATADA, que desde já autoriza tal procedimento.

PARÁGRAFO TERCEIRO: A multa será aplicada cumulativamente com as demais sanções, não terá caráter compensatório e sua cobrança não exime a CONTRATADA do pagamento de indenização por perdas e danos que eventualmente vier a dar causa.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO: Este contrato poderá ser rescindido de pleno direito, unilateralmente, a juízo exclusivo da CONTRATANTE, independente de notificação judicial ou extrajudicial, conforme os artigos 58, II, 77 E 79 da Lei nº 8666/93, se a CONTRATADA deixar de prestar as serviços nos prazos, e condições estipulados no presente contrato ou na ocorrência de

fatos supervenientes considerados graves pela CONTRATANTE ou ainda nas demais hipóteses previstas no artigo 78 da Lei nº 8666/93, inclusive nos casos de falência e concordata. Qualquer alteração da tutela concedida que eventualmente possa ocorrer, implicará na rescisão do contrato, que desde já a contratada concorda.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas decorrentes da execução deste Contrato deverão onerar a Dotação Orçamentária N° 03.33.10.04.122.0091.2510.3.3.90.39.89.04.110.0000, através da Nota de Empenho n° 883/2023-01, emitida em 15/09/2023, ou outra(s) que vier(em) a substituí-la(s), suplementá-la(s), se necessário.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA LEGISLAÇÃO: Aplica-se a execução deste Contrato, especialmente aos casos omissos, a Lei Federal n° 8.666/93, Lei no 10.406/02 (CCB), Lei nº 13.709/18 com posteriores alterações e toda a legislação correlata.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS / LGPD: As partes obrigam-se sempre que aplicável a atuar no presente instrumento em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria em especial a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (“LGPD”) atentando-se aos requisitos de segurança aos padrões de boas práticas de governança e aos princípios gerais previstos na Legislação e nas normas regulamentares aplicáveis.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO: Será competente o foro da Comarca de Santos para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste Contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja.

E, por estarem assim de perfeito acordo, assinam o presente instrumento, decorrente do Processo Digital Judicial Processo Digital Judicial 1024097-10.2023.8.26.0562, Processo Administrativo n° 55.288/2023-56, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas adiante identificadas, para que surta todos os efeitos legais, pelo que eu o digitei, dato e assino.

Santos, 29 de setembro de 2023.



GILVANIA KARLA NUNES BELTRAO ALVARES
PRESIDENTE CAPEP-SAUDE

FRANCISCO GOMES DA SILVA
CPF
Administrador
CONTRATADA

JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
CPF
Diretor Geral
TESTEMUNHA



TESTEMUNHA 2
CRISTIAN MARK WEISER
Chefe do Departamento de Assistência
à Saúde e Auditoria - DEASA
CAPEP-SAUDE

Casa Civil (http://www.casacivil.gov.br/)	Ministério da Justiça e Segurança Pública (http://www.justica.gov.br/)	Ministério da Defesa (https://www.defesa.gov.br/)	Ministério das Relações Exteriores (http://www.itamaraty.gov.br/)
Ministério da Economia (http://www.economia.gov.br/)	Ministério da Infraestrutura (http://www.infraestrutura.gov.br/)	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (http://www.agricultura.gov.br/)	Ministério da Educação (http://www.mec.gov.br/)
Ministério da Cidadania (http://cidadania.gov.br/)	Ministério da Saúde (http://saude.gov.br/)	Ministério de Minas e Energia (http://www.mme.gov.br/)	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (http://www.mctic.gov.br/)
Ministério do Meio Ambiente (http://www.mma.gov.br/)	Ministério do Turismo (http://www.turismo.gov.br/)	Ministério do Desenvolvimento Regional (http://www.integracao.gov.br/)	Controladoria-Geral da União (http://www.cgu.gov.br/)
Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (http://www.mdh.gov.br/)	Secretaria-Geral (http://www.secretariageral.gov.br/)	Secretaria de Governo (http://www.secretariadegoverno.gov.br/)	Gabinete de Segurança Institucional (http://www.gsi.gov.br/)
Advocacia-Geral da União (http://www.agu.gov.br/)	Banco Central do Brasil (http://www.bcb.gov.br/)	Planalto (http://www.gov.br/planalto)	

3

Baixar arquivo

ATENÇÃO:

1. Verifique as assinaturas em validar.iti.gov.br (<https://validar.iti.gov.br>)
2. O arquivo não ficará gravado na base de dados.
3. Para mais informações, acesse a página da assinatura eletrônica (<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica>)

Lista de arquivos assinados:

Nenhum arquivo foi assinado

Lista de arquivos que não foram assinados:

CAPEP - Contrato Assinado.pdf



Erro: Documento não permite assinatura devido à configuração de permissão.



Retornar ao Início

(<http://www.acessoinformacao.gov.br/>)



ANEXO I

09/09/2023 09:41

Zimbra

Caro Adriano, bom dia!

Segue em anexo o relatório de compatibilidade de transplante de medula óssea alogênica para o paciente em questão.

Atenciosamente,

Adriano Alves
Coordenador de Regulação e Apoio à Gestão de Serviços
Hospital São Camilo - Instituto de Diagnóstico e Referencial Epidemiológico



HOSPITAL SÃO CAMILO
R. São João, 400 - Pompéia - SP - CEP 11065-403
Fone: (55) 13 3205-5000
Site: www.saocamilosp.org.br



De: Regulação Capep <regulacao@capepsaude.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 6 de setembro de 2023 09:55
Para: Adriano da Silva Alves <adriano.salves@hospitalsaocamilosp.org.br>
Assunto: Re: RES. RES. Transplante de Medula Óssea Alogênico

Bom dia!

Segue relatório medico em anexo.
Conforme contato telefônico o teste de compatibilidade sera do paciente com a irmã e caso não seja compatível os pais também serão testados

Att,
Carlos Morozetti
CAPEP-SAÚDE

De: "Regulação Capep" <regulacao@capepsaude.com.br>
Para: "Adriano da Silva Alves" <adriano.salves@hospitalsaocamilosp.org.br>
Enviadas: Terça-feira, 5 de setembro de 2023 17:14:03
Assunto: Re: RES. RES. Transplante de Medula Óssea Alogênico

(13) 32055020 ramal 240

(13) 98142-8555

https://zimbra.mail.pensd.com.br/html/message?i=8740&tz=America/Sao_Paulo

2/10





HOSPITAL SÃO CAMILO

www.hospital-saocamilosp.com.br

Ofício nº 104/2023
São Paulo, 29 de agosto de 2023.

À
CAPEP-SAÚDE
A/C de Christiane S. dos Santos

REF.: PROPOSTA COMERCIAL – BUNDLED TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – TMO ALOGÊNICO

O Hospital São Camilo tem a grata satisfação de apresentar, de forma inédita no mercado de saúde, proposta de Bundled de Transplante de Medula Óssea Alogênico, oferecendo além da qualidade, tecnologia e segurança reconhecida, a previsibilidade do sinistro. O novo modelo apresenta 3 produtos com classificações de atendimento por complexidade baseado em risco, demonstrando transparência no programa de tratamento e previsibilidade nas despesas desde o diagnóstico inicial. Segue alguns diferenciais:

- ✓ Classificação de atendimento baseado em risco;
- ✓ Uso racional de hemoderivados;
- ✓ Plano de cuidado disponível antes do início do tratamento;
- ✓ Atendimento médico presencial 24h;
- ✓ Atendimento de nutrição individualizado;
- ✓ Atendimento especializado e padronizado;
- ✓ Medicina baseada em evidência.

Abaixo a proposta de valores dos referidos pacotes e na sequência material com a composição dos mesmos:

Transplante de Medula Óssea - Alogênico	Valor (R\$)
Baixo Risco	R\$ 189.367,05
Risco Intermediário	R\$ 201.958,40
Alto Risco	R\$ 247.810,05

Aguardamos vosso de acordo e contato para alinhamento quanto ao processo de autorização e codificação para operacionalização.

Atenciosamente,

Marco Silva
Coordenador Comercial de Prospecção
(11) 9 7064-9905
E-mail: marco.silva@hospital-saocamilosp.org.br

Adriano Alves
Consultor Executiva de Novos Negócios e Inteligência de Mercado
(11) 9 4350-8768
E-mail: adriano.alves@hospital-saocamilosp.org.br

CAPEP SAÚDE - CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS - SP
Avenida General Francisco Glicério, 479 - Pompéia - Santos - SP - CEP 11065-403
Tel.: (55.13) 3205-5030 • Fax.: (55.13) 3205-5040
E-mail: comlic@capepsaude.com.br • www.capepsaude.com.br



CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS = CAPEP-SAÚDE
Avenida General Francisco Glicério, 479 – Pompéia – Santos – SP – CEP 11065-403

Tel.: (55.13) 3205-5030 • Fax.: (55.13) 3205-5040

#f41a4e3c-622c-4e36-a6e9-92428e71025d: comlic@capepsaude.com.br www.capepsaude.com.br

**TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO
MOBILIZAÇÃO, COLETA, CONDICIONAMENTO E INFUSÃO**

Especialidade: RIC
Cod AMB/TUSS: 40403912 / 40403050 / 31509010

MOBILIZAÇÃO E COLETA - DOADOR	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
	Ate 05 atendimentos	Ate 05 atendimentos	Ate 05 atendimentos
Taxa de sala ambulatorial para aplicação de medicação	Ate 01 diária	Ate 01 diária	Ate 01 diária
Passagem do cateter central (Incluso: 1 hora de sala cirúrgica, 1 Cateter Permcath ou Sniley, HM, Anestesia e Mat e Med pertinentes)	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade
Retirada do cateter central no leito	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade
Taxas de equipamentos	Incluso	Incluso	Incluso
Fisioterapia (ar comprimido e oxigênio que poderão ser utilizados em procedimentos básicos como inaladores)	Incluso	Incluso	Incluso
Serviços de enfermagem	Incluso	Incluso	Incluso
Materiais inerentes ao procedimento	Incluso	Incluso	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento	Incluso	Incluso	Incluso

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
	Ate 20 frascos	Ate 20 frascos	Ate 20 frascos
Engrastrin 300 mcg	Ate 20 frascos	Ate 20 frascos	Ate 20 frascos

EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
	Ate 02 unidades	Ate 02 unidades	Ate 02 unidades
Dosagem de células CD34+ por citometria de fluxo	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade
Eletrocardiograma	Ate 01 unidade	Ate 02 unidade	Ate 02 unidade
RX de tórax	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade
Radioscopia intra-operatória (fluoroscopia)	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade	Ate 01 unidade

Este documento é de uso exclusivo do servidor público municipal de Santos - CAPEP-SAÚDE. É proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem a autorização expressa da CAPEP-SAÚDE. A violação desta proibição acarretará a aplicação das sanções previstas no artigo 109 da Lei nº 10.409/2002 e no artigo 170 do Decreto nº 20.024/2003.



Anti-HLA (fase ambulatorial)		Até 01 unidade	Até 01 unidade
BANCO DE SANGUE			
	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Tipagem sanguínea	Até 01 coleta	Até 01 coleta	Até 01 coleta
Coleta de células tronco por aferese automática	Até 01 coleta	Até 01 coleta	Até 01 coleta
OPME			
	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Cateter venoso central (Shiley ou Permichati)	Até 01 unidade	Até 01 unidade	Até 01 unidade
HONORÁRIOS MÉDICOS			
	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Hematologista	Incluso	Incluso	Incluso
Cirurgião vascular	Incluso	Incluso	Incluso
Anestesia	Incluso	Incluso	Incluso
Infectologista			Até 06 visitas
CONDICIONAMENTO, PROFILAXIA DECH, INFUSÃO E CUIDADOS ATÉ D100			
INTERNAÇÃO			
	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Diárias em apartamento com isolamento e filtro HEPA	Total de 28 diárias, podendo ser até 03 UTIs	Total de 31 diárias, podendo ser até 03 UTIs	Total de 42 diárias, podendo ser até 07 UTIs
Diárias em UTI			
Infusão de células tronco	Até 01 infusão	Até 01 infusão	Até 01 infusão
Taxas de equipamentos	Incluso	Incluso	Incluso
Quimioterapia (ar comprimido e oxigênio que poderão ser utilizados em procedimentos básicos como inalações)	Incluso	Incluso	Incluso
Serviços de enfermagem	Incluso	Incluso	Incluso
Materiais inerentes ao procedimento	Incluso	Incluso	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento (exceto itens excluídos)	Incluso	Incluso	Incluso

Unidade: Centro de Transfusão de Sangue Humano - CAPEP-SANTOS
 Rua General Francisco Glicério, 479 - Pompéia - Santos - SP - CEP 11065-403
 Tel.: (55.13) 3205-5030 • Fax.: (55.13) 3205-5040
 E-mail: comlic@capepsaude.com.br www.capepsaude.com.br



Passagem do cateter central - (Incluso: 1 hora de sala cirúrgica, 1 Cateter Permcath ou Shiley, HM, Anestesia e Mat e Med pertinentes);	Até 01 unidade	Até 01 unidade	Até 01 unidade
Retirada do cateter central - no leito	Incluso	Até 01 unidade	Até 01 unidade

QUIMIOTERÁPICOS DO CONDICIONAMENTO					
RIC			BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
			CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Bussulfano e Melfalano					
Bussulfano	D -6 e D -5	3,2 mg/kg	Até 480 mg		
Melfalano	D -3 a D -2	70 mg/m ²	Até 252 mg		
OU					
Fludarabina e Melfalano					
Fludarabina	D -5 a D -2	35 mg/m ²	Até 250 mg	Até 250 mg	Até 250 mg
Melfalano	D -3 a D -2	50 mg/m ²	Até 200 mg	Até 200 mg	Até 200 mg
OU					
Bussulfano e Fludarabina					
Bussulfano	D -6 e D -3	3,2 mg/kg/dia	Até 900 mg	Até 896 mg	Até 896 mg
Fludarabina	D -6 e D -2	30 mg/m ²	Até 250 mg	Até 270 mg	Até 270 mg
OU					
Bussulfano e Ciclofosfamida					
Bussulfano	D -7 e D -4	3,2 mg/kg/dia	Até 900 mg		
Ciclofosfamida	D -3 e D -2	60 mg/kg/dia	Até 8400 mg		
OU					
Bussulfano e Melfalano					
Bussulfano	D -6 e D -3	3,2 mg/kg/dia	Até 900 mg		
Melfalano	D -2 e D -1	70 mg/m ²	Até 250 mg		
CYTBI					
Ciclofosfamida	D -3 e D -2	60 mg/kg/dia		Até 8400 mg	Até 8400 mg
Misna				Até 8400 mg	Até 8400 mg
RDT		200 RDS/Sessão - 2 x dia		Até 1200 rads	Até 1200 rads
Bussulfano	D -6 e D -4	3,2 mg/kg		Até 672 mg	Até 672 mg
Melfalano	D -3 a D -2	70 mg/m ²		Até 252 mg	Até 252 mg

- 1. Bussulfano - suspensão injetável - 3,2 mg/ml - São Paulo - 100 mg/10ml - 100 mg/10ml
- 2. Fludarabina - solução injetável - 35 mg/ml - São Paulo - 100 mg/10ml - 100 mg/10ml
- 3. Melfalano - solução injetável - 70 mg/ml - São Paulo - 100 mg/10ml - 100 mg/10ml
- 4. Ciclofosfamida - solução injetável - 60 mg/ml - São Paulo - 100 mg/10ml - 100 mg/10ml
- 5. Misna - solução injetável - 8400 mg/100ml - São Paulo - 100 mg/10ml - 100 mg/10ml
- 6. RDT - solução injetável - 200 RDS/Sessão - 2 x dia - São Paulo - 100 mg/10ml - 100 mg/10ml



Bussulfano, Mesna e Ciclofosfamida

Bussulfano	D-7 e D-4	3,2 mg/kg/dia	Até 896 mg	Até 896 mg
Ciclofosfamida	D-3 e D-2	60 mg/kg/dia	Até 8400 mg	Até 8400 mg
Mesna			Até 8400 mg	Até 8400 mg

FLUCYTBI

Fludarabina	D-6 a D-2	30 mg/m ²	Até 270 mg	Até 270 mg
Ciclofosdamida	D-6 e D-5	14,5 mg/kg	Até 2030 mg	Até 2030 mg
RDT	D-1		Até 200 rads	Até 200 rads

Atlanta - Haplo

Bussulfano	D-7 e D-4	3,2 mg/kg/dia	Até 896 mg	Até 896 mg
Fludarabina	D-6 e D-2	30 mg/m ²	Até 225 mg	Até 225 mg
Ciclofosfamida	D-3 e D-2	14,5 mg/kg/dia	Até 2030 mg	Até 2030 mg

MEDICAMENTOS PROFILÁTICOS DE DECH

CYA e MTX			BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
			CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Ciclosporina		210 mg/dia	Até 5880 mg	Até 5880 mg	Até 5880 mg
Metotrexate			Até 90 mg	Até 90 mg	Até 90 mg
MMF e CYA			BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
			CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Micofenolato moletil		3 g/dia	Até 69 mg	Até 69 mg	Até 69 mg
Ciclosporina		840 mg/dia	Até 5880 mg	Até 5880 mg	Até 5880 mg

OU

CYA, MTX e THYMOGLOBULINA			BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
			CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Ciclosporina		200 mg/dia	Até 5880 mg	Até 5880 mg	Até 5880 mg
Metotrexate			Até 90 mg	Até 90 mg	Até 90 mg
Thymoglobulina		3 mg/kg	Até 210 mg	Até 210 mg	
Thymoglobulina		4,5 mg/kg			Até 315 mg

- 1. Hospital Pompéia - Av. Pompeia 1175 - Jd. Lapa - SP - CEP 05054-000
- 2. Hospital Santana - R. Zumbi dos Patriotas, 199 - Jd. Piraquara - SP - CEP 05212-000
- 3. Hospital Jd. Piraquara - R. Zumbi dos Patriotas, 199 - Jd. Piraquara - SP - CEP 05212-000
- 4. Hospital General Francisco Glicério - R. São João, 211 - Jd. Santa Helena - SP - CEP 05012-000



BBT e frações	Até 07 exames	Até 10 exames	Até 10 exames
Calcio iônico	Até 10 exames	Até 15 exames	Até 20 exames
Copro cultura	Até 02 exames	Até 02 exames	Até 02 exames
Criptosporidium	Até 02 exames		
Cultura de vigilância (swab anal e axilar)	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
DHI	Até 05 exames	Até 08 exames	Até 08 exames
Dosagem de CYA (ou tacrolimus)	Até 08 exames	Até 10 exames	Até 10 exames
FA	Até 10 exames	Até 10 exames	Até 10 exames
Fosforo	Até 02 exames	Até 05 exames	Até 05 exames
Galactomanana para aspergilose	Até 06 exames	Até 08 exames	Até 10 exames
GTT		Até 10 exames	Até 10 exames
Dosagem de bussulfano serico	Até 01 exames		
Glicemia	Até 02 exames	Até 02 exames	Até 02 exames
Hemoculturas perifericas (aeróbio / anaeróbio / fungos)	Até 08 exames	Até 10 exames	Até 10 exames
Hemograma	Até 28 exames	Até 31 exames	Até 42 exames
PCR para covid 19	Até 02 exames	Até 02 exames	Até 02 exames
Magnésio	Até 16 exames	Até 15 exames	Até 15 exames
PCR quantitativo para adenovirus			Até 01 exames
PCR quantitativo para citomegalovirus	Até 06 exames	Até 08 exames	Até 10 exames
PCR quantitativo para poliomavirus		Até 01 exames	Até 01 exames
Potássio	Até 16 exames	Até 15 exames	Até 20 exames
PPI	Até 02 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Proteína C reativa	Até 20 exames	Até 20 exames	Até 30 exames
Rx de torax	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Sódio	Até 16 exames	Até 15 exames	Até 15 exames
TAP	Até 10 exames	Até 03 exames	Até 03 exames
Tomografia de seios da face	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 02 exames
Tomografia de abdomen		Até 01 exames	Até 02 exames
Tomografia de torax	Até 01 exames	Até 02 exames	Até 02 exames
TGO	Até 15 exames	Até 15 exames	Até 15 exames
TGP	Até 15 exames	Até 15 exames	Até 15 exames
TTPA	Até 10 exames	Até 03 exames	Até 03 exames
Ultrassonografia de abdome	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames

Hospital São Camilo - Rua São Francisco, 479 - Pompéia - Santos - SP - CEP 11065-403
 Hospital São Camilo - Rua São Francisco, 479 - Pompéia - Santos - SP - CEP 11065-403
 Hospital São Camilo - Rua São Francisco, 479 - Pompéia - Santos - SP - CEP 11065-403



EXAMES LABORATORIAIS DE ACOMPANHAMENTO - ALTA ATÉ D100	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Hemograma	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Creatinina	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
TGO	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
TGP	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
GGT	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
LA	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
BBT e frações	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Calcio iônico	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Sódio	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Magnésio	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Fosforo	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
DHL	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Potássio	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Proteína C reativa	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Glicemia	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
PCR quantitativo para citomegalovirus	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Cult. tomanana para aspergiloze	Até 01 exames	Até 01 exames	Até 01 exames
Dosagem de CYA (ou tacrolimus)	Até 01 exames		
Dosagem de Ciclosporina Sérica		Até 01 exames	Até 01 exames
Consulta	Até 05 consultas	Até 05 consultas	Até 05 consultas

HONORÁRIOS MÉDICOS	BAIXO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CONTEMPLA	CONTEMPLA	CONTEMPLA
Hematologista (cuidados durante internação)	Incluso	Incluso	Incluso
Hematologista (cuidados ambulatoriais até D100)	Incluso	Incluso	Incluso
Fisioterapeuta	Até 25 consultas	Até 30 consultas	Até 40 consultas
Psicólogo	Até 06 consultas	Até 06 consultas	Até 06 consultas
Nutricionista	Até 25 consultas	Até 30 consultas	Até 40 consultas
Assistente social	Até 02 consultas	Até 02 consultas	Até 02 consultas

Este documento é de propriedade da CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS - CAPEP-SAÚDE. É proibida a reprodução ou o uso não autorizado sem a permissão expressa da CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS - CAPEP-SAÚDE. Qualquer violação será punida de acordo com a legislação vigente.



Terapeuta ocupacional	Até 02 consultas	Até 02 consultas	Até 02 consultas
Odonto Laserterapia	Até 25 consultas	Até 30 consultas	Até 40 consultas
Intensivistas da UTI	Até 03 dias	Até 03 dias	Até 07 dias

ITENS EXCLUSOS	
PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	
<ul style="list-style-type: none"> Honorários médicos de outros especialistas, exceto os descritos na inclusão Reimplante de cateter central Procedimentos invasivos e cirurgias não descritos na inclusão Caso a mobilização ocorra logo após a quimioterapia de paciente internado, considera-se o início do bandedd, no momento em que o Filgrastrin for iniciado. Consultas, exames, tratamentos, quimioterapias, procedimentos anteriores ao transplante. Acompanhamento e procedimentos pós alta, exceto os descritos na inclusão Consultas ambulatoriais com hematologista, após D +100 do transplante Retransplante (novo TMO), em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto, bem como nova coleta em doador. Atendimentos em pronto socorro Retirada de cateter central no Centro Cirurgico. 	
INTERNAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> Internação por período superior ao citado na inclusão 	
BANCO DE SANGUE	
<ul style="list-style-type: none"> Hemocomponentes excedentes aos descritos na inclusão, assim como os recursos utilizados nas hemotransfusões excedentes. Plasmaferese Preparo de paciente para incompatibilidade ABO Coleta de células tronco por aférese e aplicação de medula acima da quantidade citada na inclusão, assim como todos os recursos utilizados. Coleta de células tronco em centro cirurgico, bem como todos os recursos utilizados nesse procedimento Fenotipagem Rh e outros sistemas, cariótipos, mielograma, painel de hemácias, imunofenotipagem, painel enzimático, painel a frio, eluato e titulação de anticorpos. Criopreservação de linfócitos. Coleta e criopreservação de linfócitos para fins terapêuticos. Fotoaférese, entrocitoaférese e transfusão de granulócitos. 	

- Serviço de Assistência ao Servidor Público Municipal de Santos - CAPEP-SAÚDE
- Rua General Francisco Glicério, 479 - Pompéia - Santos - SP - CEP 11065-403
- Tel.: (55.13) 3205-5030 • Fax.: (55.13) 3205-5040
- E-mail: comlic@capepsaude.com.br • www.capepsaude.com.br



SADT	
•	SADT's não descritas na inclusão ou superior a quantidade descrita
•	Sessões de diálise (hemodialise, prisma ou diálise peritoneal), bem como todos os recursos utilizados para as mesmas.
•	Anatomo-patológico
•	Coleta de Líquor
•	Radiologia intervencionista
•	Radioterapias quando não descritas na inclusão
•	Exame HLA para procura de doadores pré transplante
•	Outros exames não citados nas inclusões
MATERIAIS	
•	OPME's (orteses, próteses e materiais especiais), exceto o mencionado na inclusão
MEDICAMENTOS	
•	Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (AmBisome®, Cancidas®, voriconazol, Posaconazol, Micafungina, Anidulofunfina); antibióticos (Tygacil®, Zyvox®, Torgena, Polimixinas, Daptomicina), antivirais (Foscarnet®, Ganciclovir, Valganciclovir); Gamaglobulina, anticorpos monoclonais ou Quimioterapias (Zenapax®/Dacisumab, Rituximabe, Velcade, Infliximabe, Thiotepa, Treosulfuro, Defibrotidei, Entropoetina, Jakavi, Imoglobulina (exceto descritas no pacote), Ibrutinibe, Alemtuzumab, Etanercepte, Sinalumis
•	Quimioterapia não descrita na inclusão - O pacote contempla apenas um dos esquemas de quimioterapia descritos na inclusão
•	Antibióticos, Antifúngicos e antivirais não descritos na inclusão, ou acima da quantidade descrita na inclusão
NUTRIÇÃO	
•	Nutrição enteral, parenteral ou especial
•	Refeições e demais despesas com acompanhantes.
OBSERVAÇÕES GERAIS	
•	O bundled é válido para pacientes que tiverem indicação de transplante de medula óssea alogênico
•	Em caso de intercorrências não previstas na evolução normal da doença, a modalidade de cobrança passa a ser "conta aberta", pela tabela de preços contratada entre as partes
•	Ocorrendo prolongamento de internação além do número de diárias incluídas no bundled, as diárias adicionais serão cobradas, conforme tabela acordada entre as partes.
•	Os serviços descritos na inclusão serão prestados diretamente ou por meio de terceiros, de responsabilidade do hospital
•	Caso o paciente venha evoluir para óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, <u>antes da inclusão</u> , a conta hospitalar será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada e sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora.

- Este documento contém informações confidenciais e não deve ser divulgado a terceiros.
- O Hospital São Camilo - Hospital de Referência em Transplantes de Órgãos e Tecidos é uma instituição de saúde sem fins lucrativos.
- Endereço: Rua Maria de Lourdes, 100 - Vila Militar - Santos - SP - CEP: 13050-000
- Telefone: (55) 13 3205-5030 • Fax: (55) 13 3205-5040



- Caso o paciente venha evoluir para óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, após a infusão, a conta hospitalar será enviada em sistema de cobrança conta "bundled", conforme acordo pré-definido.
- Este bundled não contempla novas incorporações tecnológicas (medicamentos, exames, procedimentos, materiais, OPMEs). Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "fronta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.
- O bundled tem validade de 1 ano após a contratação e serão reajustados na data base de vigência do contrato.
- Sessenta dias antes do fim de vigência dos preços dos pacotes acima contratados, as partes comprometem-se a negociarem reajuste dos valores ora contratados. Caso a negociação não seja possível, o acordo será desfeito ao final de sua validade.
- Nos serviços exclusivos, todo consumo relacionado a eles também estão excluídos, sendo direto e indiretos ou em decorrência desses, tais como: Taxas, equipamentos, materiais, medicamentos, honorários médicos, exames e serviços de enfermagem.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE
Avenida General Francisco Glicério, 479 – Pompéia – Santos – SP – CEP 11065-403
Tel.: (55.13) 3205-5030 • Fax.: (55.13) 3205-5040
E-mail: comlic@capepsaude.com.br www.capepsaude.com.br



São Paulo, 29 de agosto de 2023.

A
CAPEP-SAÚDE
A/C de Christiane S. dos Santos

REF.: PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

Apresentamos, a seguir, a tabela de Diárias, taxas, exames, procedimentos e demais condições comerciais das nossas unidades Pompeia e Santana. Ficaremos no aguardo de sua avaliação para seguirmos com o processo de credenciamento.

DIÁRIAS E TAXAS

Código TUSS	1. Diárias	POMPÉIA
60000554	DIÁRIA DE APARTAMENTO SIMPLES	R\$ 754,45
60001041	DIÁRIA DE APARTAMENTO DE PEDIATRIA	R\$ 754,45
60000801	DIÁRIA DE ENFERMARIA	R\$ 609,50
60000408	DIÁRIA DE ENFERMARIA DE PEDIATRIA	R\$ 609,50
60000988	DIÁRIA DE UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	R\$ 3.176,01
60000725	DIÁRIA DE HOSPITAL (JA APARTAMENTO)	R\$ 514,97
60001038	DIÁRIA DE UTI	R\$ 3.176,01
60001054	DIÁRIA DE UTI INFANTIL / PEDIÁTRICA	R\$ 3.176,01
60001135	DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE APARTAMENTO SIMPLES	R\$ 1.131,67
60001135	DIÁRIA DE ISOLAMENTO ENFERMARIA	R\$ 1.131,67
60001330	DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI ADULTO GERAL	R\$ 4.764,01
60001356	DIÁRIA DE ISOLAMENTO UTI INFANTIL / PEDIÁTRICA	R\$ 4.764,01

1. DIÁRIA HOSPITALAR

1.1. APARTAMENTO

1.1.1. COMPREENDE:

- Aposentos com móveis padronizados;
- Roupas de cama e banho para o paciente e acompanhante conforme padrão interno;
- Higienização concorrente e terminal, incluindo soluções especiais para anti-sepsia;
- Dieta do paciente por via oral;
- Higiene pessoal do paciente (excluído material);
- Serviços administrativos e documentação do prontuário;

1.1.2. NÃO COMPREENDE:

- Transporte de emergência;
- Transporte de emergência de pacientes com necessidades especiais;
- Transporte de emergência de pacientes com necessidades especiais;
- Transporte de emergência de pacientes com necessidades especiais;





- Alimentação do acompanhante;
- Alimentação do paciente fora do cardápio padrão do hospital;
- Dietas por sonda, cateter ou especiais;
- Serviços de Enfermagem;
- Materiais, inclusive descartáveis;
- Medicamentos;
- Hemoderivados;
- Equipamentos e aparelhos para tratamento ou diagnóstico;
- Gasoterapia;
- Exames para diagnóstico, fisioterapia ou qualquer outra terapia;
- Honorários médicos de qualquer profissional;
- Taxas não descritas no item 1.1.1.

A diária hospitalar é indivisível e corresponde a vinte e quatro horas, tendo início a partir das 10h00. Por ocasião da alta, caso o paciente permaneça no aposento ou lá mantenha seus pertences, após as 11h00 será cobrado, do mesmo, o valor de outra diária.

Quando o aposento for cedido para os acompanhantes do paciente que esteja em UTI, será cobrado por dia, do paciente, o valor correspondente à diária normal daquele aposento.

OBSERVAÇÃO: Caso o paciente necessite de isolamento em unidade de internação, será cobrado o valor correspondente ao isolamento, independentemente da acomodação a qual o paciente tem direito (devido a necessidade de interdição do segundo leito).

1.2. DIÁRIA DE UTI

1.2.1. COMPREENDE:

- Aposentos com móveis padronizados;
- Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante (conforme padrão interno);
- Higienização concorrente e terminal, incluindo soluções especiais para anti-sepsia;
- Dieta do paciente por via oral;
- Higiene pessoal do paciente (excluído material);
- Serviços administrativos e documentação do prontuário;

1.2.2. NÃO COMPREENDE:

- Alimentação do acompanhante;
- Alimentação do paciente fora do cardápio padrão do hospital;
- Dietas por sonda, cateter ou especiais;
- Serviços de Enfermagem;
- Materiais, inclusive descartáveis;
- Medicamentos;
- Hemoderivados;
- Equipamentos e aparelhos para tratamento ou diagnóstico;
- Gasoterapia;
- Monitor cardíaco;
- Oxímetro de pulso;
- Monitor de P.A. não invasiva;
- Exames para diagnóstico, fisioterapia ou qualquer outra terapia;
- Honorários médicos de qualquer profissional;
- Taxas não descritas no item 1.2.1.

1.3. HOSPITAL DIA

- Unidade Hospitalar - Unidade de internação para internação de pacientes em regime de internação;
- Unidade Hospitalar - Unidade de internação para internação de pacientes em regime de internação;
- Unidade Hospitalar - Unidade de internação para internação de pacientes em regime de internação;
- Unidade Hospitalar - Unidade de internação para internação de pacientes em regime de internação;





O Hospital Dia é utilizado para cirurgias eletivas com internações de no máximo 12 horas. Sendo necessária a permanência no hospital após este período, o paciente será internado em um aposento disponível, sendo cobradas diárias e taxas correspondentes ao aposento utilizado.

1.3.1. COMPREENDE:

- Aposentos com moveis padronizados;
- Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante conforme padrão interno;
- Higienização concorrente e terminal, incluindo soluções especiais para anti-sepsia;
- Dieta do paciente por via oral;
- Higiene pessoal do paciente (excluido material);
- Serviços administrativos e documentação do prontuário;

1.3.2. NÃO COMPREENDE:

- Alimentação do acompanhante;
- Alimentação do paciente fora do cardápio padrão do hospital;
- Dietas por sonda, cateter ou especiais;
- Serviços de Enfermagem;
- Materiais, inclusive descartáveis;
- Medicamentos;
- Hemoderivados;
- Equipamentos e aparelhos para tratamento ou diagnóstico;
- Gasoterapia;
- Exames para diagnóstico, fisioterapia ou qualquer outra terapia;
- Honorários médicos de qualquer profissional inclusive instrumentador;
- Taxas não descritas no item 1.3.1.

1.4. DIÁRIA DE APARTAMENTO ISOLAMENTO

1.4.1. COMPREENDE:

- Aposentos com moveis padronizados;
- Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante conforme padrão interno;
- Higienização concorrente e terminal, incluindo soluções especiais para anti-sepsia;
- Dieta do paciente por via oral;
- Higiene pessoal do paciente (excluido material);
- Serviços administrativos e documentação do prontuário;
- EPI's com exceção aos campos cirurgicos e aventais cirurgicos descartáveis;

1.4.2. NÃO COMPREENDE:

- Alimentação do acompanhante;
- Alimentação do paciente fora do cardápio padrão do hospital;
- Dietas por sonda, cateter ou especiais;
- Serviços de Enfermagem;
- Materiais não descritas no item 1.4.1
- Medicamentos;
- Hemoderivados;
- Equipamentos e aparelhos para tratamento ou diagnóstico;
- Gasoterapia;
- Exames para diagnóstico, fisioterapia ou qualquer outra terapia;
- Honorários médicos de qualquer profissional inclusive instrumentador;
- Taxas não descritas no item 1.4.1.





- Gasoterapia;
- Exames para diagnóstico, fisioterapia ou qualquer outra terapia;
- Honorários médicos de qualquer profissional;
- Taxas não descritas no item 1.4.1.

1.5. DIÁRIA DE UTI ISOLAMENTO

1.5.1. COMPREENDE:

- Aposentos com móveis padronizados;
- Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante conforme padrão interno;
- Higienização concorrente e terminal, incluindo soluções especiais para anti-sepsia;
- Dieta do paciente por via oral;
- Higiene pessoal do paciente (excluso material);
- Serviços administrativos e documentação do prontuário;
- EPI's com exceção dos campos cirúrgicos e aventais cirúrgicos descartáveis;

1.5.2. NÃO COMPREENDE:

- Alimentação do acompanhante;
- Alimentação do paciente fora do Cardápio padrão do hospital;
- Dietas por sonda, cateter ou especiais;
- Serviços de Enfermagem;
- Materiais não descritas no item 1.5.1
- Medicamentos;
- Hemoderivados;
- Equipamentos e aparelhos para tratamento ou diagnóstico;
- Gasoterapia;
- Monitor cardíaco;
- Oxímetro de pulso;
- Monitor de P.A não invasiva;
- Exames para diagnóstico, fisioterapia ou qualquer outra terapia;
- Honorários médicos de qualquer profissional inclusive instrumentador;
- Taxas não descritas no item 1.5.1.

Código TUSS	2. Centro Cirúrgico	POMPÉIA
60023090	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	R\$ 582,98
60023104	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 1	R\$ 582,98
60023112	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 2	R\$ 1.028,79
60023120	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 3	R\$ 1.303,13
60023139	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 4	R\$ 1.303,13
60023147	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 5	R\$ 1.892,97
60023155	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 6	R\$ 1.892,97
60023163	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7	R\$ 1.892,97
60023171	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 8	R\$ 2.441,66

- Prefeitura Pompéia - Rua Pompeia, 17 - São Paulo - SP - CEP: 04044-000
- Hospital Santana - R. Voluntários de 1813 - São Paulo - SP - CEP: 04000-800
- Hospital Municipal - R. Cel. João de Deus, 100 - Santos - SP - CEP: 13020-000
- Hospital de Referência - R. Cel. João de Deus, 100 - Santos - SP - CEP: 13020-000





2. TAXAS DE SALA

2.1. TAXA DE SALA CENTRO CIRÚRGICO

2.1.1 COMPREENDE:

- Instrumental cirúrgico básico esterilizado, equipamentos básicos (mesas, focos cirúrgicos); circulante; limpeza e desinfecção das salas de cirurgia.
- Desinfecção da sala cirúrgica;
- Esterilização de instrumentais;

2.1.2 NÃO COMPREENDE:

- Equipamentos;
- Medicamentos;
- Materiais, inclusive descartáveis;
- Gasoterapia;
- Instrumentador cirúrgico.
- Serviço de Enfermagem,
- Demais taxas de sala,

✓ Para classificação do porte cirúrgico serão observados os mesmos critérios do porte anestésico, constantes da tabela de honorários negociada, ou seja:

PEQUENA: 0 e I

MEDIA: II

GRANDE: III e IV

ESPECIAL: V, VI, VII e VIII

- ✓ Nas cirurgias contaminadas será cobrado um acréscimo de 30% (trinta por cento).
- ✓ Nas cirurgias que ocorrerem entre as 19h e 07h, sábado, domingos e feriados (qualquer horário) será cobrado um acréscimo de 30% (trinta por cento).
- ✓ Nas cirurgias que ultrapassarem duas horas será cobrado acréscimo de 20% (vinte por cento) por hora adicional.
- ✓ Ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.
- ✓ Demais regras seguirão conforme CBHPM.

Código TUSS	3. Diversas	POMPÉIA
Código Próprio	TAXA DE SALA PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 446,43
60023244	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLONOSCOPIA	R\$ 446,43
60023228	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE BRONCOSCOPIA	R\$ 446,43
Código Próprio	TAXA DE SALA PARA LARINGOSCOPIA	R\$ 446,43
60023287	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 446,43
60023406	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	R\$ 411,57
<p>Cirurgias realizadas no período entre as 19h00 e 07h00 do dia seguinte, após as 12h00 de sábado, aos domingos e feriados, será cobrado um acréscimo de 30% (trinta por cento). Nas cirurgias que ultrapassarem duas horas será cobrado acréscimo de 20% (vinte por cento) por hora adicional.</p>		

- CAPEP SAÚDE - POMPÉIA - R. General Francisco Glicério, 479 - CEP 11065-403
- Hospital Santarém - Hospitais do Brasil - Av. Brasil, 100 - CEP 11065-403
- Unidade Ipiranga - Hospitais do Brasil - Av. Brasil, 100 - CEP 11065-403
- Unidade Imbuizinho - Hospitais do Brasil - Av. Brasil, 100 - CEP 11065-403



Código TUSS	4. Pronto Socorro e Ambulatório	POMPÉIA
60023430	TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / PS, ATÉ 2 HORAS	R\$ 425,00
60033720	TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / PS, ATÉ 6 HORAS COM MONITORIZAÇÃO	R\$ 900,00
60033746	TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 41,15
60000465	TAXA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	R\$ 148,00
60023252	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE CONSULTÓRIO PA / PS	R\$ 40,25
60023236	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE GESSO	R\$ 102,88
60022264	TAXA DE IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA, POR USO/SESSÃO	R\$ 138,00
60034025	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO	R\$ 46,00
60034017	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO	R\$ 103,50
60034009	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GRANDE	R\$ 161,00
Código Próprio	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO ESPECIAL	R\$ 207,00
60023899	UTILIZAÇÃO DE BANDEJA PARA RETIRADA DE PONTOS	R\$ 27,43
60015250	TAXA DE INSTALAÇÃO DE SORO EV	R\$ 7,96
60015322	TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 8,23
60015292	TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	R\$ 8,23
60022540	TAXA DE USO/SESSÃO DE LAVAGEM GÁSTRICA FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 48,01
60022787	TAXA DE USO/SESSÃO DE LAVAGEM VESICAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 48,01
60023635	TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VAGINAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 48,01
60023660	TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VESICAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 34,29
60023457	TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO GÁSTRICA FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 34,29
60023600	TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO RETAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	R\$ 34,29

Código TUSS	5. Serviços de Gasoterapia	POMPÉIA
60028564	ÓXIDO NÍTRICO, POR HORA	R\$ 109,74
60028572	ÓXIDO NITROSO, POR HORA	R\$ 54,82
60034335	OXIGÊNIO, POR HORA	R\$ 34,29
60028432	INALAÇÃO COM OXIGÊNIO, POR 15 MINUTOS	R\$ 76,82

* Unidade Pompéia - Av. General Francisco Glicério, 479 - Santos - SP - CEP 11065-403
 * Unidade Santana - Av. São Sebastião, 100 - Santos - SP - CEP 11065-403
 * Unidade Jaraguá - Av. Francisco de Sá, 100 - Santos - SP - CEP 11065-403
 * Unidade Vila Rica - Av. Francisco de Sá, 100 - Santos - SP - CEP 11065-403





SANTOS CAMILO

60028394	GÁS CARBÔNICO, POR HORA	R\$	61,71
60034122	AR COMPRIMIDO, POR HORA	R\$	6,86

Código TUSS	6. Equipamentos	POMPEIA
60025158	ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR A VÁCUO, POR USO	R\$ 48,00
60025239	ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR ULTRA-SÔNICO, POR USO	R\$ 1.103,11
60025522	ALUGUEL/TAXA BISTURI DE ARGÔNIO, POR USO	R\$ 329,71
60025565	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ELÉTRICO MONOPOLAR, POR USO	R\$ 207,00
60025662	BOMBA DE INFUSÃO, POR DROGA	R\$ 437,00
Código Próprio	Capacete O2 / dia - NÃO INCLUI O OXIGÊNIO	R\$ 164,61
60030399	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE CAPNÓGRAFO, POR USO/SESSAO	R\$ 260,63
60026383	TAXA DE COLCHÃO TÉRMICO, POR DIA	R\$ 164,61
60033916	TAXA DE USO DE CRANIOTOMO	R\$ 342,93
60026421	ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO), POR USO	R\$ 301,78
60026758	TAXA DE APARELHO / BOMBA DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA, POR HORA	R\$ 617,27
60024348	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, POR USO	R\$ 920,00
60026537	ALUGUEL / TAXA DE ECOGRAFO OCULAR, POR USO	R\$ 172,50
60025182	TAXA ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR DE CATARATA / FACOEMULSIFICADOR, POR USO	R\$ 368,00
60026987	ALUGUEL / TAXA DE GARROTE PNEUMÁTICO, POR USO	R\$ 116,00
60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, POR USO	R\$ 430,95
60026669	ALUGUEL / TAXA DE EQUIPAMENTO LASER CO2, POR USO	R\$ 617,27
60028319	ALUGUEL / TAXA DO YAG LASER, POR USO	R\$ 1.165,96
60026855	ALUGUEL / TAXA DE FIBRA ÓTICA, POR USO	R\$ 1.028,79
60027231	ALUGUEL/TAXA DE LIPOASPIRADOR, POR USO	R\$ 205,76
60027240	ALUGUEL / TAXA DE LITOTRIPSOR ULTRASSÔNICO, POR USO	R\$ 517,50
60024933	TAXA DE APARELHO HEMODIÁLISE/HEMOFILTRAÇÃO	R\$ 411,52
60027339	TAXA DE MARCA PASSO PROVISÓRIO / TEMPORARIO TRANSVENOSO	R\$ 260,63
60026154	TAXA DE MARCA PASSO PROVISÓRIO/TEMPORARIO TRANSCUTÂNEO	R\$ 260,63
60029188	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO CARDÍACO / ECG, POR DIA	R\$ 205,76
60032081	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE PA NÃO INVASIVA, POR DIA	R\$ 347,50
60031921	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE PA INVASIVA, POR DIA	R\$ 920,00
60032880	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE SWAN GANZ, POR DIA	R\$ 160,00
60030631	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE DÉBITO CARDÍACO, POR DIA	R\$ 480,00

- Este código TUSS refere-se ao equipamento utilizado para a realização de exames de diagnóstico por imagem.
- Este código TUSS refere-se ao equipamento utilizado para a realização de exames de diagnóstico por imagem.
- Este código TUSS refere-se ao equipamento utilizado para a realização de exames de diagnóstico por imagem.
- Este código TUSS refere-se ao equipamento utilizado para a realização de exames de diagnóstico por imagem.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS – CAPEP-SAÚDE
Avenida General Francisco Glicério, 479 – Pompéia – Santos – SP – CEP 11065-403

Tel.: (55.13) 3205-5030 • Fax.: (55.13) 3205-5040

#f41a4e3c-622c-4e36-a6e9-92428e71025d | comlic@capepsaude.com.br | www.capepsaude.com.br



60029501	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO INTRA CRANIANO, POR DIA	R\$	480,00
60027495	ALUGUEL / TAXA DE NEURONAVEGADOR, POR USO - INCLUINDO ESFERAS	R\$	16.100,00
60031760	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, POR DIA	R\$	301,20
60024470	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA OFTALMOSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$	685,86
60027533	ALUGUEL/TAXA DE PERFURADOR ELÉTRICO, POR USO	R\$	178,50
60027614	TAXA DE QUADRO BALCÂNICO, POR DIA	R\$	109,74
60024828	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO DE RADIOFREQUÊNCIA EM GERAL, POR USO	R\$	342,93
60027886	ALUGUEL / TAXA DE RETINÓGRAFO, POR USO	R\$	172,50
60027959	ALUGUEL / TAXA DE SERRA DRILL ELÉTRICA, POR USO	R\$	192,04
60028114	ALUGUEL / TAXA DO TOPÓGRAFO COMPUTADORIZADO, POR USO	R\$	483,00
60024151	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R\$	685,86
60033860	TAXA DE USO DE APARELHO DE ENDOSCOPIA UROLÓGICA, POR USO	R\$	685,86
60024356	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$	685,86
60024380	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R\$	685,86
60024240	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA CISTOURETEROSCOPIA SEM VIDEO, POR USO	R\$	685,86
60027428	ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO, POR USO	R\$	685,86
60027711	RESPIRADOR A VOLUME, POR DIA	R\$	685,86
60028300	ALUGUEL / TAXA DO VITREÓGRAFO, POR USO	R\$	483,00
60030399	CAPNÓGRAFO (POR USO / SESSÃO)	R\$	339,17
Código TUSS	7. Outros	POMPÉIA	
60033533	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (ALMOÇO OU JANTAR)	R\$	45,00
60033541	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (CAFÉ DA MANHÃ OU CAFÉ DA TARDE)	R\$	23,00

Código TUSS	B. Honorários Médicos - PEDIATRIA	POMPÉIA
10102019	VISITA HOSPITALAR - APARTAMENTO / ENFERMARIA	R\$ 207,00
10104020	PLANTÃO UTI 12 HORAS	R\$ 460,00
10104011	ATENDIMENTO MÉDICO DO INTENSIVISTA DIARISTA	R\$ 172,50
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO INFANTIL	R\$ 172,50
	CONSULTA COM ESPECIALISTA (INTERCONSULTA) EM PRONTO SOCORRO INFANTIL	R\$ 120,00
10101012	CONSULTA AMBULATORIAL / ELETIVA - INFANTIL	R\$ 172,50

* Este documento pertence ao Hospital de Referência de Santos e não pode ser utilizado para fins comerciais sem a autorização expressa da CAPEP-SAÚDE.
 * Este documento é propriedade intelectual do Hospital de Referência de Santos e não pode ser utilizado para fins comerciais sem a autorização expressa da CAPEP-SAÚDE.
 * Este documento é propriedade intelectual do Hospital de Referência de Santos e não pode ser utilizado para fins comerciais sem a autorização expressa da CAPEP-SAÚDE.

9. Oncologia		
30202159	Lasertterapia para o tratamento da mucosite oral / orofaringe, por sessão	R\$ 287,50

10. Demais exames		
40324192	Antigeno NS1 do virus da dengue, pesquisa	R\$ 62,00
40324591	Virus Zika Igg	R\$ 255,00
40324605	Virus Zika Igm	R\$ 255,00
40314561	Virus Zika Pcr	R\$ 294,12

11. Demais Condições Comerciais		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$
	Tabela de Honorários Medicos	CBHPM 5ª ED. - UCO R\$ 11,50
	Tabela de SADT	CBHPM 5ª ED. - UCO R\$ 11,50
	Tabela Subsequente - Honorários Medicos	CBHPM - 2018 - UCO R\$ 19,36
	Tabela Subsequente - SADT	CBHPM - 2018 - UCO R\$ 19,36
	Instrumentador Cirúrgico	R\$ 632,50
10101012	Consulta Ambulatorial (Retorno De 15 dias mesma especialidade médica)	142,50
10101039	Consulta Em Pronto Atendimento/Urgência (sem retorno)	142,50
50000560	Consulta Ambulatorial De Nutrição	66,50
50000691	Consulta Hospitalar De Nutrição	66,50
50000349	Consulta Fisioterapia Hospitalar	66,50
50000144	Consulta Fisioterapia Ambulatorial	66,50
50000349	Consulta Fisioterapia Hospitalar	66,50
50000586	Consulta Ambulatorial De Fonoaudiologia	66,50
50000616	Sessão Ambulatorial De Fonoaudiologia	66,50
50000608	Consulta individual hospitalar de fonoaudiologia	66,50
50000632	Sessão individual hospitalar de fonoaudiologia	66,50
50000462	Psicologia	66,50
50000470	Sessão Psicologia	66,50
50000071	Consulta individual hospitalar, em terapia ocupacional	66,50
50000101	Sessão individual hospitalar, em terapia ocupacional	66,50
-	Medicamento	Brasindice PMC
-	Medicamento Restrito Hospitalar	Brasindice PF+ 38,23%

- Valor de Transporte: 100% (100% do valor pago pelo paciente)
- Valor de Transporte: 100% (100% do valor pago pelo paciente)
- Valor de Transporte: 100% (100% do valor pago pelo paciente)
- Valor de Transporte: 100% (100% do valor pago pelo paciente)





-	Medicamento Importado	Declaração de Importação/NF de compra + 38,23%
-	Material	Simpro
-	Material especial (OPME)	NF + 20% comercialização
-	Materiais e Medicamentos não Constantes nas Tabelas de Referência	NF + 20% comercialização
-	Filme (Colégio Brasileiro De Radiologia)	R\$ 25,79 m2
-	Hemoterapia	2x CBHPM 5ª EDIÇÃO

CAIXA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SANTOS - CAPEP-SAÚDE
 Avenida General Francisco Glicério, 479 - Pompéia - Santos - SP - CEP 11065-403
 Tel.: (55.13) 3205-5030 • Fax.: (55.13) 3205-5040
 e-mail: comlic@capepsaude.com.br www.capepsaude.com.br





Datas e horários baseados no fuso horário (GMT -3:00) em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinatura gerado em 28/09/2023 às 12:48:20 (GMT -3:00)

CAPEP-SAUDE - CAIXA DE ASSISTENCIA AO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL DE SANTOS - CONTRATO - PO

ID única do documento: #f41a4e3c-622c-4e36-a6e9-92428e71025d

Hash do documento original (SHA256): 17a271ae2b10624924f2c4e7f94867bcd1b9f5336e75bbe2bfb024d2f1ad476

Este Log é exclusivo ao documento número #f41a4e3c-622c-4e36-a6e9-92428e71025d e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas (7)

- ✓ **Francisco Gomes da Silva (Contratada)**
Assinou em 29/09/2023 às 16:50:15 (GMT -3:00)
- ✓ **Samara Cristine Nunes (Gerente Executiva Comercial)**
Assinou em 29/09/2023 às 16:32:39 (GMT -3:00)
- ✓ **Adriano da Silva Alves (Validador Comercial)**
Assinou em 28/09/2023 às 14:58:35 (GMT -3:00)
- ✓ **Rafael Neves de Oliveira (Validador Jurídico)**
Assinou em 28/09/2023 às 14:56:11 (GMT -3:00)
- ✓ **Marco Antônio da Silva (Coordenador Comercial)**
Assinou em 28/09/2023 às 15:04:10 (GMT -3:00)
- ✓ **Felippe Carlos Perim (Gerente Comercial)**
Assinou em 29/09/2023 às 12:05:49 (GMT -3:00)
- ✓ **Jose Carlos de Oliveira (Testemunha 1)**
Assinou em 29/09/2023 às 16:41:04 (GMT -3:00)

Histórico completo



Data e hora



Evento

28/09/2023 às 12:48:22
(GMT -3:00)

Contratos Terceiros solicitou as assinaturas.

28/09/2023 às 14:56:11
(GMT -3:00)

Rafael Neves de Oliveira (CPF [REDACTED], E-mail rafael.neves@hospitalsaocamilosp.org.br; IP 189.201.203.122), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

28/09/2023 às 14:58:35
(GMT -3:00)

Adriano da Silva Alves (CPF [REDACTED], E-mail adriano.salves@hospitalsaocamilosp.org.br; IP 189.201.203.122), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

28/09/2023 às 15:04:10
(GMT -3:00)

Marco Antônio da Silva (CPF [REDACTED], E-mail marco.silva@hospitalsaocamilosp.org.br; IP 189.201.203.122), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

29/09/2023 às 12:05:49
(GMT -3:00)

Felippe Carlos Perim (CPF [REDACTED], E-mail felippe.perim@hospitalsaocamilosp.org.br; IP 189.201.203.122), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

29/09/2023 às 16:32:39
(GMT -3:00)

Samara Cristine Nunes (CPF [REDACTED], E-mail samara.nunes@hospitalsaocamilosp.org.br; IP 189.201.203.122), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

29/09/2023 às 16:41:04
(GMT -3:00)

Jose Carlos de Oliveira (CPF [REDACTED], E-mail jose.carlos@hospitalsaocamilosp.org.br; IP 189.201.203.122), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.



Data e hora

29/09/2023 às 16:50:15
(GMT -3:00)

Evento

Francisco Gomes da Silva (CPF ; E-mail francisco.gomes@hospitalsaocamilosp.org.br; IP 189.201.203.122), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

29/09/2023 às 16:50:15
(GMT -3:00)

Documento assinado por todos os participantes.