

À PRESIDÊNCIA DO IPREF
Comissão de Chamamento para Credenciamento

RECIBO DE EDITAL POR EMAIL / SITE

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PRESENCIAL Nº 01/2019 - IPREF

Razão Social:	_____	
CNPJ nº:	_____	
Endereço:	_____	
E-mail:	_____	
Cidade:	_____ Estado:	_____
Telefone:	_____ Fax:	_____
Obtivemos nesta data, através de e-mail/site, cópia do instrumento de edital de chamamento público de credenciamento acima identificada.		
Local: _____, ____ de _____ de 2019.		
Nome e Assinatura		

Aos Participantes,

Visando comunicação futura entre Setor de Credenciamento e essa empresa, solicitamos a Vossa Senhoria preencher o recibo de retirada do Edital e remeter ao Setor de Credenciamento por meio do e-mail chamamento.credenciamento@iprefguarulhos.sp.gov.br.

A não remessa do recibo exime o Setor de Credenciamento da responsabilidade da comunicação por meio de e-mail de eventuais esclarecimentos e retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais, não cabendo reclamações posteriores.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PRESENCIAL Nº 01/2019 – IPREF

CHAMAMENTO PÚBLICO – CREDENCIAMENTO – INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)

1. PREÂMBULO

1.1. O IPREF – Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Guarulhos, inscrito no CNPJ nº 52.373.396/0001-16, torna público que realizará, nos termos da Lei nº 8.666/1993 e demais normas aplicáveis, o credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na área de saúde para prestação de serviços, nas modalidades de internação domiciliar (HOME CARE) destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, dentro de sua área de cobertura, nos termos e condições do presente edital.

1.2. Serão aceitos credenciamentos de empresas prestadoras de serviço de saúde da cidade de Guarulhos, São Paulo e Grande São Paulo.

1.3. O edital e seus anexos estarão disponíveis gratuitamente no “site” do IPREF: www.iprefguarulhos.sp.gov.br.

1.4. O IPREF se responsabilizará pela publicação dos atos às empresas interessadas somente se estas retirarem o edital no “site” acima citado ou junto ao setor de atendimento na sede do IPREF, sito a Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080, com o devido preenchimento do recibo de edital.

1.5. Quaisquer esclarecimentos sobre dúvidas eventualmente suscitadas relativas às orientações contidas no presente edital poderão ser solicitadas exclusivamente por escrito no e-mail: chamamento@iprefguarulhos.sp.gov.br, no período de 21/01/2019 a 21/01/2020.

1.6. Os contratos que estão em vigor na data deste chamamento terão validade pelo tempo necessário às formalizações, adequações e alterações contratuais necessárias constantes neste Edital de Chamamento Público, devendo o prazo ser definido pelo critério do interesse público a partir de posicionamento da Comissão de Análise para Chamamento e pela decisão final da Presidência do IPREF.

2. DO OBJETO

2.1. O presente edital tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na área de saúde para prestação de serviços, na modalidade de internação domiciliar (HOME CARE) aos beneficiários inscritos na Assistência à Saúde do IPREF, de acordo com os critérios, termos e condições estabelecidas neste instrumento e seus anexos.

2.2. Os serviços especializados devem obedecer às respectivas áreas de atuação elencadas pela Resolução CFM nº 2.149/2016 de 03 de agosto de 2016 e alterações posteriores, inclusive as que possam ocorrer durante a vigência do presente Edital de Chamamento para Credenciamento. Portanto, os serviços deverão ser ofertados na área de atuação pediátrica sempre que a especialidade médica assim o determinar.

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR

3.1. Poderão participar do presente credenciamento pessoas jurídicas especializadas na área de saúde para prestação de serviços, na modalidade de internação domiciliar (HOME CARE) desde que atendidos os requisitos exigidos neste edital e no Manual de orientação ao Credenciado – Home Care (anexo VII).

3.2. Somente poderão participar deste credenciamento empresas legalmente estabelecidas, especializadas no ramo, e que satisfaçam às condições estabelecidas neste edital e seus anexos.

3.3. Não poderão participar do presente credenciamento, direta ou indiretamente, empresas que, por qualquer motivo:

a) estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/1993, observada a Súmula nº 51 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

b) cujos sócios, diretores, administradores ou pessoas que tenham poder de decisão no prestador de serviços que possuam vínculos com a Administração Municipal de Guarulhos Direta ou Indireta.

c) os interessados com personalidade jurídica de Entidades Sociais qualificadas como Organizações Sociais, em estabelecimentos/locais sob gerenciamento de Contrato com a Administração Municipal Direta e Indireta de Guarulhos.

d) os profissionais liberais como pessoa física.

e) é vedada, ainda, a participação de empresas das quais participe, seja a que título for, servidor público do IPREF.

3.4. O edital estará disponível, gratuitamente, através do “site” do IPREF na internet www.iprefguarulhos.sp.gov.br. Informações, dúvidas e esclarecimentos poderão ser solicitados através do e-mail: chamamento_credenciamento@iprefguarulhos.sp.gov.br ou por escrito na sede do IPREF, sito a Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080.

4. DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO E HABILITAÇÃO

4.1. As empresas interessadas em se credenciar perante o IPREF deverão inscrever-se para o presente credenciamento apresentando o Requerimento para Credenciamento (conforme Anexo I), juntamente com a documentação exigida neste edital na sede do IPREF na Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080.

4.2. O requerimento e os documentos deverão ser preenchidos em língua portuguesa, salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente, sem emendas, rasuras e, preferencialmente, digitados, impressos em papel timbrado da empresa ou que a identifique e entregues de segunda-feira a sexta-feira, das 08:30 horas as 16:30 horas, no período de 21/01/2019 a 21/01/2020 – 01 (um) ano, no setor de atendimento do IPREF, localizado na Rua do Rosário, nº 226, Vila Camargos, Guarulhos, Estado de São Paulo, CEP: 07111-080.

4.2.1 A critério e mediante justificativa da administração, o prazo previsto de abertura do edital de chamamento poderá ser encerrado antes do prazo estipulado ou prorrogado por igual período de 01(um) ano.

4.3. O requerimento e os documentos deverão ser entregues em 01 (um) envelope indicando, respectivamente, “CREDENCIAMENTO”, contendo na parte externa o nº do Edital de Chamamento Público de Credenciamento, nome e CNPJ da empresa, preferencialmente com os seguintes dizeres:

“CRENCIAMENTO”

IPREF – Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Guarulhos	
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE CREDENCIAMENTO Nº. 01/2019	
RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	E-MAIL:
ENDEREÇO:	FONE:

4.3.1 A Comissão de Análise para Chamamento do IPREF poderá, a seu critério, elaborar cronograma de atendimento dos interessados, através de agendamentos, reservando-se o direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que tiver dúvida e/ou julgar necessário.

4.3.2 No ato de protocolo, a documentação exigida no edital deverá estar completa, devendo o atendente conferir os documentos, quanto a sua designação, quantidade e especificação, informando ao interessado expressamente o(s) documentos(s) faltantes(s), não sendo aceitos protocolos quando a documentação estiver incompleta.

4.3.3. Não cabe ao atendente a análise do conteúdo dos documentos recebidos, providência essa que cabe à comissão de chamamento.

4.4. Deverão ser apresentados os seguintes documentos:

HABILITAÇÃO JURÍDICA

- I - Cédula de identidade (RG) e cartão de C.P.F. dos sócios constantes no contrato social;
- II - Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social primitivo e última alteração contratual (se houver), devidamente registrado, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedade por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- III - Registro no cadastro nacional da pessoa jurídica no Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;

HABILITAÇÃO FISCAL E TRABALHISTA

- I - Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais (RFB) e a Dívida Ativa da União (PGFN), abrangendo inclusive as Contribuições Sociais Previstas nas Alíneas “a” à “d” do Parágrafo Único do Art. 11 da Lei No 8.212, de 24 de julho de 1991.
- II – Declaração de Enquadramento no Simples (se houver);
- III - Certidão negativa de débitos de tributos estaduais inscritos na Dívida Ativa;
- IV – Certidão negativa de tributos mobiliários municipal;
- V - Certificado de regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;
- VI - Certidão negativa de débito trabalhista – CNDT, para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho;
- VII - Comprovante que conste os dados completos da conta bancária em nome da pessoa jurídica requerente de credenciamento, para fins de depósitos dos valores contratuais da prestação de serviços;
- VIII – Declaração de que os sócios, diretores, administradores ou quaisquer pessoas que tenham ligação ou poder de decisão com a empresa de que não possuem vínculos com a Administração Municipal de Guarulhos Direta ou Indireta sob as penas da lei, conforme anexo VI.

HABILITAÇÃO TÉCNICA

- I - Alvará da vigilância sanitária atualizado, fornecido pela Prefeitura Municipal;
- II - Alvará de Funcionamento Atualizado fornecido pela Prefeitura Municipal;
- III - Certificado de registro no conselho regional da classe como pessoa jurídica;
- IV - Relação do corpo clínico contendo nome, especialidade, o número de inscrição no CRM e CPF;

V – Declaração de idoneidade, conforme anexo III;

VI - Declaração de pleno conhecimento do regulamento de credenciamento de empresas para prestação de serviços de Internação domiciliar-Home-Care destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF e dos valores praticados pelo IPREF, conforme anexo V;

VII – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

4.4.1. Os documentos deverão ser apresentados em cópias autenticadas em cartório, ou, quando for o caso, publicação em órgão da imprensa oficial e/ou emitida pela internet.

4.4.2. As empresas de prestação de serviços interessadas que trouxerem os documentos para autenticação por servidor do IPREF deverão apresentar os mesmos em original e respectivamente suas cópias. Não serão efetuadas cópias pelo IPREF.

4.4.3. Os documentos que não apresentarem prazo de validade serão considerados válidos por até 180 (cento e oitenta) dias após a data de emissão, não se enquadrando neste prazo os documentos de validade indeterminada, exceto os que comprovadamente e/ou conhecidamente não tenham prazo de validade.

4.4.4. Os documentos entregues serão analisados pela Comissão de Análise para Chamamento designada por Portaria da Presidência do IPREF, publicada no Diário Oficial do Município de Guarulhos denominada “Comissão de Análise para Chamamento”, que promoverá a habilitação ou não dos interessados no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da data do recebimento da documentação pela referida Comissão, que poderá ser prorrogado por igual período desde que justificado.

4.4.5. Após a conferência e análise pela Comissão de Análise para Chamamento, havendo falha, restrição ou ausência de algum documento exigido neste edital, poderá ser assegurado o prazo de 10 (dias) dias úteis, da data da ciência, prorrogáveis por igual período, justificadamente, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, sob pena de inabilitação.

4.4.6. Após a análise da documentação, a Comissão de Análise para Chamamento solicitará a realização de visita técnica no endereço do prestador de serviço, sendo que, o parecer técnico também será utilizado como base de fundamento para a decisão habilitatória da Comissão.

4.4.7. Os pacotes e demais serviços serão valorados conforme anexo II deste edital.

4.4.8. Em se tratando de filial, os documentos de habilitação jurídica e regularidade fiscal deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que, pela própria natureza, são emitidos somente em nome da matriz.

5. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

5.1. As impugnações ao edital, previstas na Lei Federal nº 8.666/93, que forem aplicadas ao credenciamento, deverão ser efetuadas por escrito e destinadas à Comissão de Análise para Chamamento do IPREF, com o devido protocolo destinado a qualquer membro da referida comissão na sede do IPREF localizada na Rua do Rosário, 226, Vila Camargos, Guarulhos, SP, CEP: 07111-080, das 8h00 às 16h30, em até 5 (cinco) dias úteis após o primeiro dia útil seguinte à publicação do presente Edital.

5.2. Caberá à Comissão de Análise para Chamamento do IPREF analisar e decidir sobre a petição de impugnação no prazo de 03 (três) dias a contar do recebimento do pleito pela Comissão de Chamamento do Credenciamento, podendo se valer de parecer jurídico se houver pertinência temática, decisão da qual será o impugnante cientificado.

5.3. Da decisão da impugnação caberá recurso dirigido à Presidência do IPREF, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas a contar da ciência da decisão nos termos do item 5.2, a qual será decidida em igual prazo pelo Presidente e sem possibilidade de recurso, publicando-se a decisão no Diário Oficial do Município.

6. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DOS PEDIDOS DE HABILITAÇÕES E DOS RECURSOS

6.1. A lista dos interessados habilitados, segundo os critérios do edital, será divulgada por meio do endereço eletrônico www.iprefguarulhos.sp.gov.br, publicada no Diário Oficial do Município de Guarulhos e ainda haverá a cientificação pessoal por intermédio da Comissão de Análise para Chamamento.

6.2. Os interessados não habilitados serão cientificados nos mesmos moldes do item anterior e poderão interpor recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis. O Recurso será analisado e julgado pela Comissão de Análise para Chamamento, podendo se valer de parecer jurídico se houver pertinência temática.

6.2.1 Caso haja irresignação sobre a decisão da Comissão, poderá ser interposto recurso direcionado à Autoridade Administrativa do IPREF, no prazo de 5 (cinco) dias, que decidirá em instância final.

6.3. A decisão do recurso previsto no item anterior será definitiva e não há previsão de outros recursos. A decisão final também será objeto de publicação no endereço eletrônico www.iprefguarulhos.sp.gov.br, publicada no Diário Oficial do Município de Guarulhos e ainda haverá a cientificação pessoal por intermédio da Comissão de Análise para Chamamento.

6.4. Para efeito de constatação do cumprimento dos requisitos exigidos neste edital, o processo de credenciamento será remetido à Comissão de Análise para Chamamento e para decisão final da Presidência do IPREF e, após o recebimento, realizará a vistoria das instalações da instituição que pretende ser credenciada e emitirá parecer sobre o credenciamento.

6.5. A visita de que se trata o item 6.4 será previamente agendada com a credenciada.

6.6. As empresas inabilitadas, após o esgotamento das vias recursais, deverão comparecer ao IPREF no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias corridos da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos e junto a Comissão de Análise para Chamamento para retirar os documentos. Após este prazo, os documentos serão descartados pelo IPREF.

6.7. Não serão conhecidas as impugnações ou recursos apresentados fora do prazo definido neste item, bem como serão desconsiderados quaisquer documentos ou informações que não estejam em original, ainda que devidamente protocolizados.

6.8. Os recursos interpostos, questionando decisões referentes à habilitação ou inabilitação, não terão efeito suspensivo.

6.9. O recurso limita-se a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada para esta finalidade, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.

7. DOS ASPECTOS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

7.1. O Contrato de Credenciamento com o IPREF terá validade de até 60 (sessenta) meses, podendo ser denunciado a qualquer tempo, conforme preceitos previstos no contrato.

7.2. A convocação para a assinatura do Contrato de Credenciamento se dará após efetivada a habilitação da empresa interessada, segundo os critérios desde Edital.

7.3. As empresas habilitadas serão chamadas para a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços, sujeitando-se aos regulamentos da Assistência à Saúde e em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e terão o prazo de até 10 (dez) dias úteis para assinatura. O não comparecimento no prazo assinalado implicará em reconhecimento da desistência e inabilitação posterior a entrega de documentos.

7.4. Até a conclusão do prazo de 60 (sessenta) meses descrito no item 7.1, a Presidência do IPREF normatizará os procedimentos para as renovações contratuais, novos chamamentos e novos contratos.

7.5. Correrão por conta exclusiva da Credenciada todos os tributos e taxas devidos sobre as obrigações decorrentes do objeto deste edital e do Contrato de Credenciamento, bem como as contribuições à Previdência Social, encargos trabalhistas, prêmios de seguro e acidentes de trabalho, emolumentos e outras despesas que se façam necessárias à execução dos serviços.

8. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas decorrentes da execução do objeto deste Edital de Chamamento Público de Credenciamento correrão à conta dos recursos consignados na Dotação Orçamentária correspondente ao exercício 2019, cujo número é (3015) 8510-10.302.0076-21196-04100.900-3.3.90.39.900.50.

8.2. Será obedecido o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações próprias do orçamento do IPREF – Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Guarulhos.

9. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. Os serviços a serem prestados pelas empresas credenciadas sujeitam-se aos regulamentos da Assistência à Saúde e devem estar em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), respeitando-se as atualizações periódicas efetuadas pela citada agência.

9.1.1. As situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a serem cobertos serão solucionados pela perícia médica do IPREF.

9.2. A Presidência do IPREF poderá regulamentar questões esclarecedoras, interpretativas, complementares ou omissas e estabelecer tabela própria de preços dos serviços de assistência à saúde, mediante edição de Instruções Normativas, aditamentos ao edital de credenciamento e aos contratos, ou outro mecanismo previsto no serviço público (o que for mais adequado ao caso), que serão publicadas no Diário Oficial do Município de Guarulhos e disponibilizados no site do IPREF, devendo o credenciado sempre acompanhá-los, não podendo alegar desconhecimento.

9.3. A empresa credenciada ou o IPREF poderão solicitar o descredenciamento, sempre que demonstrado desinteresse ou desnecessidade da prestação dos serviços, mediante notificação da parte interessada com antecedência de 30 (trinta) dias.

9.4. O IPREF poderá, a qualquer tempo, promover o descredenciamento por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidas após o credenciamento, que importem comprometimento da sua capacidade jurídica, técnica, fiscal ou da postura profissional, ou ainda que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba ao mesmo qualquer direito de indenização, compensação ou reembolso seja a que título for, excluindo-se somente os serviços

comprovadamente prestados que serão remunerados, cabendo, ainda, ao IPREF, o direito de apurar eventuais perdas e danos ao erário público.

9.5. Poderá ocorrer o descredenciamento nas hipóteses previstas no artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93.

9.6. Nas hipóteses dos itens 9.4 e 9.5 fica assegurado ao credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pelos setores responsáveis do IPREF e submetidas a Presidência do IPREF para decisão.

9.7. Caso ocorra o descumprimento de quaisquer das cláusulas deste edital e do contrato de credenciamento por parte do CREDENCIADO, poderá ser aplicado multa equivalente a 250 UFG's (duzentos e cinquenta unidades fiscais de Guarulhos) por infração cometida, sem prejuízo da possibilidade de rescisão contratual nos casos previstos no presente instrumento, bem como eventuais ressarcimentos e indenizações em razão de prejuízos ao erário público, garantida a ampla defesa e o contraditório.

9.8. Na ocorrência de descumprimento das cláusulas do edital ou do contrato pelo CREDENCIADO, fixadas as penalidades pecuniárias e as demais, serão compensadas dos valores dos serviços comprovadamente prestados e o restante será devidamente remunerado ao prestador.

9.9. Ficam responsáveis pela fiscalização e acompanhamento dos serviços descritos neste edital e no Regulamento de Credenciamento, o Setor de Credenciamento, a Divisão Técnica de Saúde e a Presidência do IPREF, assistidos, se o caso, pela Comissão de Análise para Chamamento.

9.10. O pagamento do faturamento mensal ficará condicionado à confirmação pelo prestador de serviços da regularidade fiscal e trabalhista com a apresentação das seguintes certidões: Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais (RFB) e a Dívida Ativa da União (PGFN), abrangendo inclusive as Contribuições Sociais Previstas nas Alíneas "a" à "d" do Parágrafo Único do Art. 11 da Lei No 8.212, de 24 de julho de 1991, certidão negativa de débitos de tributos estaduais inscritos na Dívida Ativa, certidão negativa de tributos mobiliários municipal, certificado de regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal e certidão negativa de débito trabalhista – CNDT, para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho. A conferência dos documentos deverá ser realizada pelo setor responsável pelo desembolso.

9.11. O IPREF reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços, podendo aplicar as penalidades previstas em lei, regulamento da assistência à saúde, manual de orientação ao credenciado ou Contrato.

9.12. - Os casos omissos e as dúvidas surgidas serão dirimidos pela Comissão de Credenciamento, que, se necessário, consultará o Presidente do IPREF.

9.13. O Presidente do IPREF, a pedido da Comissão de Chamamento poderá expedir atos para implementar as disposições previstas neste edital.

9.14. As demais obrigações estarão previstas no anexo IV, parte integrante deste edital.

9.15. O presente Edital passa a vigorar no período compreendido entre 21/01/2019 até 21/01/2020, revogadas as disposições em contrário.

10. DOS ANEXOS

10.1. Integram o presente edital os seguintes anexos:

ANEXO I – REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO;
ANEXO II - TABELA DE PREÇOS PRATICADOS
ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE
ANEXO IV - MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
ANEXO V – DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DO REGULAMENTO DO
CREDENCIAMENTO E DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE
ANEXO VI – DECLARAÇÃO INFORMANDO NÃO SER SERVIDOR PÚBLICO DO MUNICÍPIO
DE GUARULHOS
ANEXO VII - MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO – HOME CARE

Guarulhos, aos xx de xxxxxxx de 2019.

EDUARDO AUGUSTO REICHERT
PRESIDENTE DO IPREF

ANEXO I - REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

À
PRESIDÊNCIA DO IPREF
Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

A empresa , inscrita sob o CNPJ de nº, abaixo qualificada, requer sua inscrição no credenciamento de empresas para o fornecimento de prestação de serviços, nas modalidades de internação domiciliar (HOME CARE) destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, nos termos do Regulamento de credenciamento do edital de Credenciamento nº 01/2019.

Pessoa Jurídica
Endereço, telefone e e-mail:
Local de atendimento de pacientes:
Informações bancárias para pagamento (BANCO, AGÊNCIA, CONTA CORRENTE):

Declaro que conheço e aceito, em todos os seus termos, as condições do Manual de Orientação ao Credenciado, Tabela de Preços Praticados, regulamento da assistência à saúde, edital nº 01/2019 do IPREF e demais condições, e faço minha adesão ao mesmo sem qualquer restrição e comprometendo-me a efetuar a assinatura do contrato de prestação de serviços.

Responsabilizo-me pela exatidão dos dados prestados que poderão ser constatados a qualquer tempo, comprometendo-me a informar qualquer alteração posterior que vier a ocorrer.

Guarulhos, de de 2019.

Identificação e assinatura do Representante Legal/Responsável

ANEXO II – TABELA DE PREÇOS PRATICADOS

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF

TABELA DE PREÇOS PRATICADOS

1. Este documento discrimina as tabelas, índices, valores e conceituações necessárias dos serviços na área de saúde, objeto do credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na área de saúde para prestação de serviços, na modalidade de internação domiciliar (HOME CARE) aos beneficiários inscritos na Assistência à Saúde do IPREF, de acordo com os critérios, termos e condições estabelecidas neste instrumento e seus anexos.

1.1. Os serviços e respectivos valores estão apresentados com base nas tabelas, índices e valores apresentados no item 2 desta Tabela de Preços Praticados. Os serviços apresentados são em forma de pacotes com as respectivas composições descritas em cada um.

2. PACOTES DE PROCEDIMENTOS E DEMAIS SERVIÇOS EM GERAL:

PACOTE BAIXA COMPLEXIDADE – 6 HORAS

VALOR: R\$ 220,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.87-9

COMPOSIÇÃO

Visita clínica e/ou de Especialista até 1 x por mês
 Visita do Enfermeiro/Estomatoterapeuta até 2 x por mês
 Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica
 Visita Nutricional até 1 x por mês
 Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana
 Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana
 Sessão de Psicologia até 2 x por semana
 Plantão de Enfermagem 06 horas/dia
 Coleta domiciliar até 1 x por mês
 Raio X domiciliar até 1 x por mês
 Cama com grades de controle manual
 Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação
 Escada 2 degraus
 Cadeira de rodas e Cadeira higiênica
 Suporte de soro
 Ambú com máscara (se necessário)
 Kit de aparelho de pressão
 Aspirador de secreção elétrico
 Concentrador simples 5 ou 10 litros (conforme indicação clínica)
 Cilindro de oxigênio de back-up / Carrinho para cilindro
 Oxímetro de Pulso
 Inalador elétrico ou ultrassônico
 Atendimento de intercorrência até 1 x por mês
 Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro
 Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês
 Remoção simples do paciente para implantação, intercorrência e reinternação hospitalar
 Relatório técnico preferencialmente sistema online mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante)

Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame)
Demais itens sob autorização da operadora.

PACOTE MÉDIA COMPLEXIDADE – 12 HORAS

VALOR: R\$ 284,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.88-7

COMPOSIÇÃO

Visita clínica até 2 x por mês e/ou de Especialista até 1 x por mês
 Visita do Enfermeiro/Estomatoterapeuta até 1 x por semana
 Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica
 Visita Nutricional até 1 x por mês
 Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana
 Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana
 Sessão de Psicologia até 2 x por semana
 Plantão de Enfermagem 12 horas/dia
 Coleta domiciliar até 2 x por mês
 Raio X domiciliar até 1 x por mês
 Cama com grades de controle manual
 Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação
 Escada 2 degraus
 Cadeira de rodas e Cadeira higiênica
 Suporte de soro
 Ambú com máscara (se necessário)
 Kit de aparelho de pressão
 Aspirador de secreção elétrico ou cirúrgico
 Concentrador simples 5 ou 10 litros (conforme indicação clínica)
 Concentrador Multifuncional 5 ou 8 litros (conforme indicação clínica)
 Cilindro de oxigênio de back-up / Carrinho para cilindro
 Oxímetro de Pulso
 Inalador elétrico ou ultrassônico
 Atendimento de intercorrência até 1 x por mês
 Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro
 Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês
 Remoção simples do paciente para implantação, intercorrência e reiteração hospitalar
 Relatório técnico preferencialmente sistema online mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante)
 Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame)
 Demais itens sob autorização da operadora.

PACOTE ALTA COMPLEXIDADE – 24 HORAS

VALOR: R\$ 550,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.90-9

COMPOSIÇÃO

Visita clínica até 1 x por semana e/ou de Especialista até 1 x por mês
 Visita do Enfermeiro/ Estomatoterapeuta até 1 x por semana
 Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica
 Visita Nutricional até 2 x por mês
 Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana
 Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana
 Sessão de Psicologia até 2 x por semana
 Plantão de Enfermagem 24 horas/dia
 Coleta domiciliar até 2 x por mês
 Raio X domiciliar até 1 x por mês
 Cama com grades de controle manual
 Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação
 Escada 2 degraus
 Cadeira de rodas e Cadeira higiênica
 Suporte de soro
 Ambú com máscara (se necessário)
 Kit de aparelho de pressão
 Aspirador de secreção elétrico ou cirúrgico
 Concentrador simples 5 ou 10 litros (conforme indicação clínica)
 Concentrador Multifuncional 5 ou 8 litros (conforme indicação clínica)
 Cilindro de oxigênio de back-up e/ou de 8m³ / Carrinho para cilindro
 Oxímetro de Pulso
 Inalador elétrico ou ultrassônico
 Atendimento de intercorrência até 1 x por mês
 Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro
 Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês
 Remoção simples do paciente para implantação, intercorrência e reinternação hospitalar
 Relatório técnico preferencialmente sistema online mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante)
 Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame)
 Demais itens sob autorização da operadora.

PACOTE ALTA COMPLEXIDADE COM MECANICA - 24 HORAS

VALOR: R\$ 655,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.91-7

COMPOSIÇÃO

Visita clínica até 2 x por semana
 Visita do Enfermeiro até 2 x por semana
 Visita do Estomatoterapeuta até 1x por semana
 Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica
 Visita Nutricional até 2 x por mês

Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana
 Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana
 Sessão de Psicologia até 2 x por semana
 Plantão de Enfermagem 24 horas/dia
 Coleta domiciliar até 2 x por mês
 Raio X domiciliar até 2 x por mês
 Cama com grades de controle manual
 Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação
 Escada 2 degraus
 Cadeira de rodas e Cadeira higiênica
 Suporte de soro
 Ambú com máscara
 Kit de aparelho de pressão
 Aspirador de secreção elétrico ou cirúrgico
 Inalador elétrico ou ultrassônico
 Cilindro de oxigênio de back-up / Carrinho para cilindro
 Oxímetro de Pulso
 Ventilador Invasivo (conforme indicação clínica)
 No Break
 Atendimento de intercorrência até 2 x por mês
 Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro
 Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês
 Remoção UTI do paciente para implantação, intercorrência e reinternação hospitalar
 Relatório técnico preferencialmente sistema online quinzenal ou mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante)
 Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame)
 Demais itens sob autorização da operadora.

PROGRAMA ATB 15/30 DIAS (PACOTE)

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR DIA
Programa de ATB 15/30 DIAS 1 x dia	9.70.23.31-0	R\$ 55,00
Programa de ATB 15/30 DIAS 2 x dia	9.70.23.32-9	R\$ 106,00
Programa de ATB 15/30 DIAS 3 x dia	9.70.33.33-7	R\$ 165,00
Programa de ATB 15/30 4 x dia	9.70.23.34-5	R\$ 233,00

COMPOSIÇÃO:

Avaliação do paciente no Hospital para levantamento das necessidades
 Supervisão de enfermagem até 1 x no período
 Auxiliar ou Técnico de enfermagem por aplicação
 Suporte de soro e Kit de aparelho de pressão
 Coleta domiciliar até 1 x por período
 Monitoramento telefônico
 Relatório técnico mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante, infectante)

PROGRAMA TRATAMENTO DE LESÕES - CURATIVO (PACOTE)

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR DIA
Programa de Tratamento de Lesões 1 x dia (CURATIVO)	9.70.23.35-3	R\$ 73,00

Programa de Tratamento de Lesões 2 x dia (CURATIVO)	9.70.23.36-1	R\$ 152,00
Programa de Tratamento de Lesões 3 x dia (CURATIVO)	9.70.19-98-0	R\$ 228,00
COMPOSIÇÃO: Avaliação do paciente no Hospital para levantamento das necessidades. Treinamento e identificação do cuidador. Enfermeiro especialista (estomoterapeuta) até 1 x por semana. Supervisão de enfermagem até 1 x por semana. Auxiliar ou Técnico de enfermagem por procedimento. Monitoramento telefônico. Relatório técnico mensal Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante, infectante) Demais itens sob autorização da operadora.		

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM /AUXILIAR TÉCNICO		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR-RS-DIA
Auxiliar/Técnico de Enfermagem - Procedimento	9.40.53.19-7	R\$ 61,00
Enfermagem – Auxiliar/Técnico 4 horas	9.40.53.20-0	R\$ 111,00
Enfermagem – Auxiliar/Técnico 6 horas	9.40.53.21-9	R\$ 128,00
Enfermagem – Auxiliar/Técnico 8 horas	9.40.53.22-7	R\$ 164,00

SERVIÇOS PROFISSIONAIS ADICIONAIS DOMICILIARES		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR – R\$
Visita Médica domiciliar	9.40.52.90-5	R\$ 249,00
Visita Médico Especialista domiciliar	9.40.52.91-3	R\$ 308,00
Visita de Supervisão do Enfermeiro	9.40.52.92-1	R\$ 86,00
Visita do Enfermeiro Especialista/Estomatoterapeuta	9.40.52.94-8	R\$ 119,00
Enfermeiro para Procedimento Especializado	9.40.52.95-6	R\$ 114,00

OUTROS SERVIÇOS		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR – R\$
Coleta domiciliar	9.90.00.00-8	R\$ 72,00
Raio X domiciliar	9.70.22.06-3	R\$ 206,00
Remoção Simples (ida OU volta)	9.40.51-82-8	R\$ 380,00
Remoção UTI (ida OU volta)	9.40.51-84-4	R\$ 680,00
Troca de Sonda Nasoenteral	4.02.02.53-4	R\$ 200,00
Troca de Gastrostomia	3.10.02.17-0	R\$ 400,00
Troca de Traqueostomia	3.08.01.09-5	R\$ 780,00

DESCRIÇÃO DE EQUIPAMENTOS ESPECIAIS	CÓDIGO	PREÇO DIA RS
Aspirador Cirúrgico	60025166	R\$ 4,86
Base Aquecida	60026002	R\$ 5,60
Bomba de Infusão	60025662	R\$ 3,12

Cilindro de Oxigênio Gasoso	60026013	R\$ 1,40
Cilindro de Oxigênio Líquido	60026011	R\$ 2,38
Concentrador de O2 - Multifuncional 5 litros	60026008	R\$ 15,84
Concentrador de O2 - Multifuncional 8 litros	60026007	R\$ 22,85
CPAP	60026000	R\$ 9,78
No Break	60026001	R\$ 6,30
Oxigênio Gasoso Medicinal - m3 (carga/recarga) *	60026019	R\$ 40,00
Ventilador Pressórico Invasivo – BIPAP/VPAP	60026017	R\$ 42,00
Ventilador Pressórico Não - Invasivo – BIPAP	60026016	R\$ 35,00

TABELAS – MATERIAIS, MEDICAMENTOS E DIETAS INDUSTRIALIZADAS

DESCRIÇÃO	TABELA UTILIZADA
Materiais Descartáveis	SIMPRO – Com Deflator de 20%
Medicamentos Comuns	BRASINDICE – PMC com Deflator de 20%
Medicamentos Restritos Hospitalares	BRASINDICE – PF + 20%
Medicamentos não constantes na BRASÍNDICE	Valor de Nota Fiscal + 15%
Dieta Industrializada (ENTERAL/PARENTERAL)	BRASINDICE / SIMPRO com 70% de deflator

Medicamentos que constam na relação de **genéricos** registrados na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária poderão ser prescritos e utilizados.

A coleta domiciliar laboratorial não inclui o processamento do exame. O material coletado será encaminhado ao(s) laboratório(s) credenciado(s) pela **CONTRATANTE** junto com Guia Tiss.

Os gases medicinais serão cobrados como recargas de acordo com tamanho do cilindro alocado.

Todos os pacotes de Atendimento e/ou orçamento somente serão realizados após **AUTORIZAÇÃO** da **CONTRATANTE**.

Nos pacotes não estão inclusos: Dietas Industrializadas, materiais, medicamentos, quimioterápicos, suplementos alimentares, hemoderivados e outros materiais especializados.

ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

....., inscrita no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a)....., inscrito no CPF nº, DECLARA, para fins legais, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

....., emde.....de 2019.

Identificação e assinatura do Representante Legal

ANEXO IV – MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E
ATENDIMENTO DOMICILIAR

PA nº XXX/XXXX

DAS PARTES

CONTRATANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS, inscrito no C.N.P.J. sob nº. 52.373.396/0001-16, localizado na Rua do Rosário, 226 – Vila Camargos – Guarulhos – São Paulo/SP, neste ato representado por seu Presidente, Sr. XXXX, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº. XXXX -SSP/SP e inscrito no C.P.F. sob nº. XXXXXX.

CONTRATADA: NOME DO PRESTADOR, inscrito no C.N.P.J. xxxxx, localizado na Rua xxxxx, Bairro, cidade, Cep xxxx, neste ato representado por Nome, nacionalidade, estado civil, profissão, portador da cédula de identidade RG nº xxxxx- SSP/SP e inscrito no C.P.F sob nº xxxxxx daqui por diante denominada simplesmente **CONTRATADA**, tem entre si certo e ajustado o presente, o qual se regerá pelas cláusulas e condições a seguir especificadas.

DAS DEFINIÇÕES

CLÁUSULA PRIMEIRA: Os serviços de **INTERNAÇÃO DOMICILIAR – HOME CARE** possuem as seguintes definições:

§ 1º Beneficiários: todos os indivíduos inscritos nos planos de saúde oferecidos/administrados pela **CONTRATANTE**.

§ 2º Internação Domiciliar: consiste em atendimento de equipe multiprofissional, uso de equipamentos, materiais e medicamentos, de acordo com a gravidade do caso, podendo ser de baixa (6 horas), média (12 horas) e alta complexidade (24 horas), desenvolvido na residência do paciente ou na residência do seu responsável.

§ 3º Cuidador: Pessoa indicada, com ou sem vínculo familiar, para dar assistência e apoio, independentemente da assistência prestada por profissionais de saúde que estejam envolvidos no atendimento domiciliar.

§ 4º Equipe Multidisciplinar: profissionais que compõem a equipe técnica da internação domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

§ 5º Programa: plano de atendimento estruturado no perfil de complexidade clínica e social.

DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA: A **CONTRATADA**, por força do presente instrumento, obriga-se a prestar os serviços de INTERNAÇÃO DOMICILIAR – HOME CARE aos **BENEFICIÁRIOS** vinculados à **CONTRATANTE**, bem como aos seus dependentes e/ou agregados regularmente inscritos, observando os padrões técnicos e éticos usualmente aceitos pela prática profissional, em caráter não exclusivo, autônomo e sem qualquer vínculo empregatício, conforme Cláusulas ora estipuladas neste contrato, no Código de Ética Médica e demais legislações pertinentes aplicáveis.

§ 1º - As especialidades e os serviços e atividades atendidos pela **CONTRATADA**, estão descritos no anexo II – Tabela de Preços Praticados, mediante autorização do IPREF.

§ 2º -A eventual necessidade de alteração da Tabela de Preços, bem como a inclusão ou exclusão de serviços abrangidos pelo Edital de Credenciamento nº 01/2019, somente se efetivarão se devidamente demonstrada a concordância de ambas as partes, e desde que seja justificada e economicamente viável à **CONTRATANTE**.

§ 3º. A contratação em questão se dará através do artigo 25, “caput”, da Lei nº 8666/1993 e respectivas alterações, em razão da inviabilidade de competição do objeto pretendido.

DO ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

CLÁUSULA TERCEIRA: Para atendimento pela **CONTRATADA**, os **BENEFICIÁRIOS** do **CONTRATANTE** deverão apresentar o Cartão de Identificação do Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos, dentro do prazo de validade, contendo modalidade do plano, acompanhado de um documento de identificação pessoal original com foto.

§ 1º - Nos casos de comprovada urgência e/ou emergência em que o **BENEFICIÁRIO NÃO** apresentar o Cartão de Identificação válido, a **CONTRATADA** poderá realizar o atendimento e orientá-lo acerca do prazo de até 72 (setenta e duas) horas, após o início do atendimento, para o cumprimento da referida exigência, sob pena do **BENEFICIÁRIO** custear as despesas dos

procedimentos realizados, pelos seus próprios recursos, diretamente a **CONTRATADA**, sem qualquer responsabilidade do **CONTRATANTE**.

§ 2º - A **CONTRATADA** atenderá aos **BENEFICIÁRIOS** em paridade com os seus pacientes particulares ou vinculados a outros convênios, não fazendo e não permitindo, direta ou indiretamente, discriminação e favoritismo de qualquer ordem.

DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CLÁUSULA QUARTA: Os serviços deverão ser prestados aos **BENEFICIÁRIOS** do **CONTRATANTE** dentro dos limites, padrões e condições de atendimento e cobertura ora pactuada, conforme consta no item 7 do Anexo VII - Manual de Orientação ao Credenciado.

§ 1º - Os procedimentos médicos emergenciais serão realizados a critério da **CONTRATADA** e no caso de não cobertura desses procedimentos e materiais pelo **CONTRATANTE**, os mesmos serão cobrados dos responsáveis pelo paciente com a concordância prévia deste, sempre que possível.

§ 2º - A indicação para internação domiciliar será da responsabilidade do médico assistente responsável pela internação hospitalar, que entrará em contato direto com a **CONTRATANTE** para que essa, após análise e avaliação, solicite visita da **CONTRATADA**.

§ 3º - A avaliação inicial somente poderá ser efetivada após solicitação por escrito e autorização da **CONTRATANTE**, sem ônus à mesma, para avaliação das condições de elegibilidade do caso.

§ 4º - É vedada e não permitida sob nenhuma hipótese visita ou abordagem da **CONTRATADA** ao **BENEFICIÁRIO** ou seus familiares, sem autorização formal da **CONTRATANTE**, sendo a ocorrência considerada uma infração contratual grave.

§ 5º - Após a avaliação inicial, mediante constatação da elegibilidade para internação domiciliar, a **CONTRATADA** deverá apresentar um Plano de Atenção Domiciliar (PAD) através de um relatório completo, onde deverão constar:

- a) Tabela de classificação ABEMID e/ou NEAD;
- b) Dados do paciente; - nome completo - número da matrícula - data de nascimento - sexo - endereço com ponto de referência - telefone fixo e móvel;
- c) Nome do responsável e cuidador;

- d) Nome do médico assistente com CRM;
- e) Diagnóstico;
- f) Hospital de origem;
- g) Avaliação de condições de moradia do paciente;
- h) Data de admissão no home care;
- i) Evolução Clínica;
- j) Plano de Internação Domiciliar; - recursos profissionais envolvidos e protocolo de visitas; recursos materiais e medicamentos envolvidos; recursos de equipamentos envolvidos;
- k) Tempo previsto para tratamento;

§ 6º - Os protocolos de visitas devem estabelecer um número mínimo de visitas de cada componente da equipe de paciente assistido ou internado no domicílio.

§ 7º - O PAD atenderá as características previstas dentro dos programas de atendimento anexados.

§ 8º - A indicação para monitoramento será de responsabilidade da **CONTRATANTE** que encaminhará à **CONTRATADA** os dados de cadastro do beneficiário.

§ 9º - A **CONTRATADA**, uma vez indicada para prestar o atendimento, compromete-se a fornecer ou disponibilizar os serviços a seguir descritos:

- 1 - Manual geral de orientação ao paciente de internação domiciliar;
- 2 - Detalhamento através de relatório do Plano de Atenção Domiciliar do paciente, com descrição dos procedimentos realizados, assim como a avaliação dos casos que necessitam de prorrogação de atendimento;
- 3 - Identificação do Cuidador;
- 4 - Treinamento específico do Cuidador durante a prestação dos serviços.

DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

CLÁUSULA QUINTA: A internação domiciliar, bem como outros procedimentos que eventualmente se façam necessários, somente terão início mediante prévia e expressa autorização da

CONTRATANTE e pelo responsável legal do paciente conveniado, devendo as autorizações serem solicitadas pela **CONTRATADA**.

§ 1º - Os serviços de diagnóstico e tratamento que necessitem autorização prévia administrativa e auditoria pelo **CONTRATANTE** só poderão ser agendados pela **CONTRATADA** depois da respectiva autorização, sob pena de serem cancelados.

§ 2º - A internação domiciliar tem validade de 30 dias, podendo ser renovada mensalmente por prorrogações orçamentárias, conforme a evolução do paciente.

§ 3º - A necessidade de prorrogação do atendimento deverá estar devidamente detalhada em relatório específico, contemplando os mesmos itens do relatório inicial descritos no PARÁGRAFO 5º da CLÁUSULA QUARTA, devendo ser solicitada a guia de autorização de prorrogação para o mês subsequente, entre os dias 20 a 30 do mês anterior.

§ 4º - As indicações das altas da Internação Domiciliar serão sempre precedidas de um período mínimo de 48 (quarenta e oito) horas úteis, sendo as mesmas previamente definidas após discussão e consenso entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**.

§ 5º - As solicitações de prorrogações e aditivos deverão ser respondidas formalmente no máximo em 72 (setenta e duas) horas pela **CONTRATANTE**.

DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

CLÁUSULA SEXTA: O **CONTRATANTE** se coloca à disposição da **CONTRATADA** para fornecer todo e qualquer dado e/ ou informação necessária para manter e preservar o bom relacionamento entre as partes.

§ 1º - O **CONTRATANTE** compromete-se a comunicar, por escrito, à **CONTRATADA** os procedimentos e materiais não cobertos pelos seus planos, assim como os procedimentos que necessitem de autorização especial.

§ 2º - Efetuar o pagamento à **CONTRATADA** referente aos serviços prestados aos **BENEFICIÁRIOS** conforme valores constantes do ANEXO II que é parte integrante deste Contrato e que são de pleno e total conhecimento das partes.

§ 3º - Comunicar à **CONTRATADA**, por escrito, sobre eventuais alterações cadastrais, como: endereço para faturamento, endereço de Nota Fiscal, número de telefones, CNPJ, Razão Social, etc., no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

§ 4º - Manter a **CONTRATADA** informada, por escrito, sobre alterações de rotinas e procedimentos de forma geral, devendo ser pactuadas e implantadas dentro de prazo comumente acordado.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA SÉTIMA: A **CONTRATADA** obriga-se comunicar imediatamente ao **CONTRATANTE**, as alterações havidas na relação de especialidades e serviços constantes do ANEXO II.

§ 1º - A **CONTRATADA** obriga-se, também, a comunicar ao **CONTRATANTE** caso seja compelida por autoridade judicial competente a fornecer atendimento de responsabilidade da mesma, apesar de ser contra sua vontade e/ ou entendimento.

§ 2º - A intenção de inclusão, pela **CONTRATADA**, de novos serviços abrangidos pelo Edital de Credenciamento nº 01/2019 deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, constando a denominação e o valor do serviço, respeitadas as condições previstas no § 2º da Cláusula Segunda.

DOS CRITÉRIOS DE PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

CLÁUSULA OITAVA: A **CONTRATADA** protocolará as faturas (físicas/eletrônicas) dos serviços prestados com discriminação de serviços, produtos farmacêuticos, materiais, exames e procedimentos realizados, junto ao **CONTRATANTE**, de acordo com o cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível na área restrita do prestador que poderá ser acessada através do site <http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>

§ 1º - A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** para a cobrança dos serviços prestados a documentação descrita abaixo:

1. Nota Fiscal;
2. Guia de Resumo de Internação (TISS);
3. Guia de Atendimento Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnose e Terapia;

4. Guia de Autorização Emitida pela **CONTRATANTE**;
5. Pedidos médicos originais, com carimbo e assinatura do médico solicitante;
6. Descrição detalhada dos procedimentos necessários para análise e auditoria;
7. Documentos técnicos e administrativos necessários para análise e auditoria.

§ 2º – Para os serviços prestados de Internação Domiciliar, a **CONTRATADA** encaminhará relatório dos beneficiários atendidos.

§ 3º - A **CONTRATANTE** não se responsabilizará pelo pagamento de despesas não negociadas previamente.

§ 4º - As cobranças dos serviços prestados aos beneficiários que caracterizam longa permanência deverão ser apresentadas mensalmente em forma de alta administrativa.

§ 5º - Os atendimentos apresentados pela **CONTRATADA**, fora do prazo estabelecido no início desta cláusula, terão seu pagamento transferido para o mês subsequente.

§ 6º - O **CONTRATANTE** obriga-se a efetuar os pagamentos à **CONTRATADA** conforme estabelecido no cronograma de entrega de faturamento e pagamento mediante depósito bancário no Banco XXX (000), Agência: XXX, Conta Corrente: XXXXX, excetuando-se os casos previstos nos parágrafos a seguir.

§ 7º - A **CONTRATADA** reconhecerá como quitação das faturas apresentadas os respectivos créditos em conta e/ou em caso de pagamento em carteira após de recibo de quitação da fatura por parte da **CONTRATADA**.

§ 8º - O **CONTRATANTE**, a partir do recebimento das faturas dos serviços, poderá analisar, detalhar e apresentar, eventualmente, proposta de glosa, mediante auditoria técnica realizada nas dependências da **CONTRATADA**, onde deverá constar de forma detalhada e fundamentada os eventuais equívocos ou discordâncias observadas, mantendo sempre o mesmo grau de detalhamento da conta apresentada.

§ 9º - A partir da data do recebimento da proposta de glosa formulada pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** terá o prazo de 30 (trinta) dias corridos para impugná-la e, em não fazendo, assumirá a exatidão das glosas.

§ 10º - Havendo a concordância plena da **CONTRATADA** com a proposta de glosa, esta autorizará a **CONTRATANTE** a proceder abatimento dos valores relativos aos itens glosados para efeito de pagamento da fatura, através de comunicado por escrito.

§ 11º - Caso a **CONTRATADA** concorde apenas parcialmente com a proposta de glosa, deverá enviar à **CONTRATANTE**, de forma detalhada e fundamentada, mantendo sempre o mesmo grau de detalhamento da proposta de glosa apresentada, a discriminação dos itens recusados à glosa, além de autorizar a **CONTRATANTE** a proceder abatimento dos valores relativos aos itens glosados e acatados pela **CONTRATADA** para efeito de pagamento da fatura.

§ 12º - Na hipótese da **CONTRATADA** apresentar à **CONTRATANTE**, valores faturados menores que aqueles constantes da tabela vigente, seja por ausência de informações oficiais ou por quaisquer outros motivos, a **CONTRATADA** emitirá no mês imediatamente seguinte ao da constatação de tal fato, **FATURA COMPLEMENTAR**, mediante acordo com a **CONTRATANTE**, juntando a documentação comprobatória. O pagamento será efetuado juntamente com a próxima fatura.

§ 13º - Caso a **CONTRATADA** não concorde com a decisão da impugnação analisada e/ou glosa mantida, as partes resolvem que os seus representantes legais deverão manter entendimentos pessoais visando uma composição amigável para a questão.

§ 14º - As atas administrativas deverão ser fechadas mensalmente e as respectivas faturas deverão ser entregues ao **CONTRATANTE**, juntamente com o faturamento do período.

§ 15º - As alterações referentes aos dados bancários para depósito de pagamento deverão ser informadas pela **CONTRATADA**, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ao **CONTRATANTE**.

§ 16º - Os Materiais utilizados serão cobrados com base na Tabela Simpro e os Medicamentos serão cobrados com base na Tabela Brasindice conforme estabelecido no Anexo I - Tabela de Preços Praticados.

DA RESPONSABILIDADE

CLÁUSULA NONA: A **CONTRATADA** é a única responsável pela qualidade e eficiência dos serviços prestados aos usuários, respondendo civil e penalmente pelos mesmos. É, também,

responsável exclusivo pelo pagamento de todos os encargos tributários, sociais, trabalhistas e previdenciários incidentes na execução dos serviços ora contratados.

§ 1º - A **CONTRATANTE** não se responsabilizará por eventual dano, decorrente de negligência imprudência ou imperícia causada por prepostos da **CONTRATADA** aos beneficiários da **CONTRATANTE**.

§ 2º - Reservam-se à **CONTRATADA** todos os encargos trabalhistas, previdenciários ou acidentários em relação a seu corpo funcional (empregados, médicos e outros), respondendo inclusive por toda e qualquer ocorrência ou irregularidade, bem como na qualidade de prestadora de serviços, obriga-se a **CONTRATADA** ao recolhimento de todos os tributos devidos, sejam eles de natureza Federal, Estadual ou Municipal não cabendo a **CONTRATANTE** qualquer ônus ou responsabilidade relativa aos recolhimentos.

§ 3º - A **CONTRATADA** assume o compromisso de observar rigidamente os princípios e normas que regem a sua atividade, e pelo cumprimento das exigências emanadas pelos Órgãos Públicos, não respondendo a **CONTRATANTE** por qualquer ato de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**.

§ 4º - A **CONTRATADA** autoriza a **CONTRATANTE** a divulgar seu nome, endereços, telefones e especialidades credenciadas em qualquer meio de comunicação dirigida aos beneficiários. Para tanto, a **CONTRATADA** compromete-se a manter seus dados atualizados junto ao cadastro da **CONTRATANTE**, comunicando a esta as alterações com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, eximindo a **CONTRATANTE** de qualquer responsabilidade por eventuais equívocos que venham a ocorrer.

§ 5ª - A **CONTRATADA** fornecerá os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários da **CONTRATANTE**, observadas as questões éticas e de sigilo profissional quando requisitados pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, à **CONTRATANTE**, conforme disposto no inciso XXXI do artigo 4º da Lei n º 9.961 de 2000.

§ 6º - É de inteira responsabilidade da **CONTRATADA** a negociação e compra de todos os materiais (inclusive os especiais), medicamentos e todos os insumos necessários ao bom atendimento ao paciente/ BENEFICIÁRIO.

§ 7º - A **CONTRATADA** obriga-se a manter, durante toda a execução deste contrato, em compatibilidade com nas obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação exigidas no procedimento de credenciamento.

DA FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA: A **CONTRATADA** autoriza expressamente o **CONTRATANTE** a:

- a) Fiscalizar suas instalações, exames, fichas médicas, documentos relacionados com o objeto do contrato e equipamentos, mediante prévio agendamento acordado entre as partes, de data e horário;
- b) Examinar e auditar, localmente, o prontuário médico dos usuários dos serviços ora contratados;
- c) Examinar toda e qualquer documentação que possa servir como comprovação do exato cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no presente instrumento.

§ 1º - A **CONTRATADA** não permite que originais e/ ou cópias de prontuários médicos dos pacientes e/ ou parte desses prontuários saiam de suas dependências.

§ 2º - A **CONTRATADA** autoriza a auditoria prévia das contas periodicamente pela área técnica da **CONTRATANTE**, observando as normas estabelecidas no Capítulo IX – Artigos 107 e 108 do Código de Ética Médica.

§ 3º - A **CONTRATADA** autoriza e reserva a **CONTRATANTE** o direito de realizar visitas técnicas de auditoria médica e enfermagem, fiscalizar instalações e equipamentos, examinar os fornecimentos declarados e a realização de serviços prestados, examinar toda e qualquer documentação que possa servir como comprovação de exato cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no presente instrumento.

§ 4º - Para cumprimento do PARÁGRAFO 3º do presente instrumento, o acesso aos prontuários será restrito aos profissionais médicos ou enfermeiros indicados pela **CONTRATANTE**.

DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: A prestação dos serviços abrangerá a cidade de Guarulhos, São Paulo e Grande São Paulo.

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: O presente contrato terá vigência de 60 meses, a contar da data de sua assinatura. Qualquer das partes poderá denunciar o contrato com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data prevista para cessação da prestação do serviço, observando a responsabilidade quanto aos usuários em tratamento ou com cirurgia marcada, nos termos da Lei.

§ 1º. O prazo de 30 dias acima mencionado, refere-se ao atendimento dos beneficiários cujos tratamentos encontram-se em andamento, não se estendendo à emissão de guias para tratamentos iniciais, que ficam, desde a data do recebimento da comunicação escrita, suspensos.

§ 2º. A rescisão ou encerramento do presente contrato não surtirá efeito algum sobre eventuais direitos e obrigações das partes, desde que originadas em data anterior daqueles eventos, principalmente no que tange aos tratamentos iniciados aos **BENEFICIÁRIOS**, sendo o serviço prestado devidamente remunerado pelo **CONTRATANTE**.

§ 3º. O presente contrato poderá ser rescindido por justa causa, garantido o direito ao contraditório e ampla defesa, independentemente do aviso prévio de 30 dias, nas seguintes hipóteses:

- ✓ Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;
- ✓ Infração comprovada às normas sanitárias em vigor;
- ✓ Alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto contratual;
- ✓ Liquidação extrajudicial, decretação de concordata ou falência;
- ✓ Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado: Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
- ✓ Não cumprimento de qualquer cláusula do contrato;
- ✓ Alteração da finalidade inicial para a qual se credenciou junto ao IPREF SAÚDE
- ✓ Reincidência, após ser notificado pelo IPREF SAÚDE, na execução de serviços para o qual não esteja autorizado e credenciado para executar;
- ✓ Cassação do registro pelo Conselho Regional;

§ 4º. O contrato poderá ser suspenso até que haja decisão final do IPREF, caso haja motivação de risco à saúde ou prejuízo aos cofres públicos.

DAS PENALIDADES

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: Caso ocorra o descumprimento de quaisquer das cláusulas deste contrato de credenciamento por parte do CREDENCIADO, poderá ser aplicado multa equivalente a 250 UFG's (duzentos e cinquenta unidades fiscais de Guarulhos) por infração cometida, sem prejuízo da possibilidade de rescisão contratual nos casos previstos no presente instrumento, bem como eventuais ressarcimentos e indenizações em razão de prejuízos ao erário público, garantida a ampla defesa e o contraditório.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: O presente contrato foi autorizado nos termos do despacho de fls. xx, nos autos do Processo Administrativo N° xxxx, pela autoridade competente, sendo aqui ratificado, devendo ser publicado no DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, o resumo de suas principais cláusulas.

§ 1º. O **CONTRATADO**, por força do presente instrumento, está sujeito às normas da Lei 8.666/1993 e demais alterações, no que couber, como também, às Instruções Normativas de Assistência à Saúde Suplementar editadas pelo IPREF, e ainda, às cláusulas deste instrumento.

§ 2º. As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta da dotação orçamentária n°. (3015)-8510-10.302.0076-21196-04100.900-3.3.90.39.900.50, em cumprimento ao estabelecido no inciso V do artigo 55 da Lei 8.666/1993, sendo que em caso de eventual alteração do número da dotação, bastará ficar consignado pelo Setor de Contabilidade no Processo Administrativo competente.

§ 3º. O valor estimativo do presente contrato é de R\$ XXX (X reais).

§ 4º. A vigência do presente contrato será a contar da data de sua assinatura pelas partes.

§ 5º. Os casos não previstos no presente contrato serão resolvidos de comum acordo entre as partes, pela aplicação da legislação vigente, em especial com a aplicação das leis específicas para a área de saúde, elegendo as contratantes de comum acordo o Foro de eleição da Comarca de Guarulhos, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

§ 6º - São partes integrantes deste Contrato a Tabela de Preços Praticados e o Manual de Orientação ao Credenciado.

E por estarem assim, justas e contratadas, assinam as partes o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo nomeadas e identificadas.

Guarulhos, XX de XX de 2019

CONTRATANTE

CONTRATADO

Nome
PRESIDENTE DO IPREF

Nome do Representante Legal
Nome do Prestador

TESTEMUNHAS:

Nome
RG n°
CPF n°

Nome
RG n°
CPF n°

**CONTRATOS OU ATOS JURIDICOS ANÁLOGOS
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÕES**

CONTRATANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PUBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS

CONTRATADO: *****

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

OBJETO: *****

Na qualidade de **CONTRATANTE** e **CONTRATADO**, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

Guarulhos, ____ de _____ de 2019.

CONTRATANTE

CONTRATADO

EDUARDO AUGUSTO REICHERT
PRESIDENTE IPREF

E-mail pessoal:
Institucional:

Representante 1

E-mail pessoal:
E-mail institucional:

**CONTRATOS OU ATOS JURIDICOS ANÁLOGOS
CADASTRO DO RESPONSÁVEL**

CONTRATANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PUBLICOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS

CONTRATADO: *****

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

OBJETO: *****

Nome	EDUARDO AUGUSTO REICHERT
Cargo	Presidente
Setor	Presidência – 2º Andar – Sala 03
RG nº	
Endereço:	
Telefone	(11) 2461-6363
E-mail	presidencia@iprefguarulhos.sp.gov.br

Responsável pelo atendimento a requisições de documentos do TCESP

Nome	
Cargo	
Setor:	
Endereço Comercial	
Telefone e Fax	(11) 2461-6363
E-mail	

Guarulhos, ____ de _____ de 2019.

PRESIDENTE IPREF

ANEXO I

Planos de Cuidados específicos e planejamento da assistência ao paciente para implantação do Programa

PACOTE BAIXA COMPLEXIDADE – 6 HORAS

VALOR: R\$ 220,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.87-9

COMPOSIÇÃO

Visita clínica e/ou de Especialista até 1 x por mês
 Visita do Enfermeiro/ Estomatoterapeuta até 2 x por mês
 Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica
 Visita Nutricional até 1 x por mês
 Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana
 Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana
 Sessão de Psicologia até 2 x por semana
 Plantão de Enfermagem 06 horas/dia
 Coleta domiciliar até 1 x por mês
 Raio X domiciliar até 1 x por mês
 Cama com grades de controle manual
 Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação
 Escada 2 degraus
 Cadeira de rodas e Cadeira higiênica
 Suporte de soro
 Ambú com máscara (se necessário)
 Kit de aparelho de pressão
 Aspirador de secreção elétrico
 Concentrador simples 5 ou 10 litros (conforme indicação clínica)
 Cilindro de oxigênio de back-up / Carrinho para cilindro
 Oxímetro de Pulso
 Inalador elétrico ou ultrassônico
 Atendimento de intercorrência até 1 x por mês
 Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro
 Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês
 Remoção simples do paciente para implantação, intercorrência e reinternação hospitalar
 Relatório técnico preferencialmente sistema online mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante)
 Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame)
 Demais itens sob autorização da operadora.

PACOTE MÉDIA COMPLEXIDADE – 12 HORAS

VALOR: R\$ 284,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.88-7

COMPOSIÇÃO

Visita clínica até 2 x por mês e/ou de Especialista até 1 x por mês
 Visita do Enfermeiro/ Estomatoterapeuta até 1 x por semana
 Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica

<p> Visita Nutricional até 1 x por mês Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana Sessão de Psicologia até 2 x por semana Plantão de Enfermagem 12 horas/dia Coleta domiciliar até 2 x por mês Raio X domiciliar até 1 x por mês Cama com grades de controle manual Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação Escada 2 degraus Cadeira de rodas e Cadeira higiênica Suporte de soro Ambú com máscara (se necessário) Kit de aparelho de pressão Aspirador de secreção elétrico ou cirúrgico Concentrador simples 5 ou 10 litros (conforme indicação clínica) Concentrador Multifuncional 5 ou 8 litros (conforme indicação clínica) Cilindro de oxigênio de back-up / Carrinho para cilindro Oxímetro de Pulso Inalador elétrico ou ultrassônico Atendimento de intercorrência até 1 x por mês Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês Remoção simples do paciente para implantação, intercorrência e reiteração hospitalar Relatório técnico preferencialmente sistema online mensal Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante) Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame) Demais itens sob autorização da operadora. </p>
--

PACOTE ALTA COMPLEXIDADE – 24 HORAS

VALOR: R\$ 550,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.90-9

COMPOSIÇÃO

Visita clínica até 1 x por semana e/ou de Especialista até 1 x por mês
Visita do Enfermeiro/ Estomatoterapeuta até 1 x por semana
Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica
Visita Nutricional até 2 x por mês
Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana
Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana
Sessão de Psicologia até 2 x por semana
Plantão de Enfermagem 24 horas/dia
Coleta domiciliar até 2 x por mês
Raio X domiciliar até 1 x por mês
Cama com grades de controle manual
Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação
Escada 2 degraus
Cadeira de rodas e Cadeira higiênica

Suporte de soro
Ambú com máscara (se necessário)
Kit de aparelho de pressão
Aspirador de secreção elétrico ou cirúrgico
Concentrador simples 5 ou 10 litros (conforme indicação clínica)
Concentrador Multifuncional 5 ou 8 litros (conforme indicação clínica)
Cilindro de oxigênio de back-up e/ou de 8m³ / Carrinho para cilindro
Oxímetro de Pulso
Inalador elétrico ou ultrassônico
Atendimento de intercorrência até 1 x por mês
Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro
Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês
Remoção simples do paciente para implantação, intercorrência e reinternação hospitalar
Relatório técnico preferencialmente sistema online mensal
Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante)
Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame)
Demais itens sob autorização da operadora.

PACOTE ALTA COMPLEXIDADE COM MECANICA - 24 HORAS

VALOR: R\$ 655,00/DIA

CÓDIGO: 9.70.19.91-7

COMPOSIÇÃO

Visita clínica até 2 x por semana
 Visita do Enfermeiro até 2 x por semana
 Visita do Estomatoterapeuta até 1x por semana
 Avaliação Nutricional / Avaliação de Fisioterapia / Avaliação de Fonoaudiologia / Avaliação Psicológica
 Visita Nutricional até 2 x por mês
 Sessão de Fisioterapia até 7 x por semana
 Sessão de Fonoterapia até 2 x por semana
 Sessão de Psicologia até 2 x por semana
 Plantão de Enfermagem 24 horas/dia
 Coleta domiciliar até 2 x por mês
 Raio X domiciliar até 2 x por mês
 Cama com grades de controle manual
 Colchão convencional e/ou colchão piramidal (caixa de ovo) na implantação
 Escada 2 degraus
 Cadeira de rodas e Cadeira higiênica
 Suporte de soro
 Ambú com máscara
 Kit de aparelho de pressão
 Aspirador de secreção elétrico ou cirúrgico
 Inalador elétrico ou ultrassônico
 Cilindro de oxigênio de back-up / Carrinho para cilindro
 Oxímetro de Pulso
 Ventilador Invasivo (conforme indicação clínica)
 No Break
 Atendimento de intercorrência até 2 x por mês
 Call-center com cobertura médica + Monitoramento telefônico pelo enfermeiro
 Atendimento de emergência 24 horas com APH (atendimento pré-hospitalar) até 1 x por mês
 Remoção UTI do paciente para implantação, intercorrência e reinternação hospitalar
 Relatório técnico preferencialmente sistema online quinzenal ou mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante e infectante)
 Avaliação do paciente no hospital para levantamento das necessidades. Avaliação e validação da residência quando necessário. Orientação à família e identificação do cuidador e programa de Treinamento Familiar (desmame)
 Demais itens sob autorização da operadora.

PROGRAMA ATB 15/30 DIAS (PACOTE)

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR DIA
Programa de ATB 15/30 DIAS 1 x dia	9.70.23.31-0	R\$ 55,00
Programa de ATB 15/30 DIAS 2 x dia	9.70.23.32-9	R\$ 106,00
Programa de ATB 15/30 DIAS 3 x dia	9.70.33.33-7	R\$ 165,00
Programa de ATB 15/30 4 x dia	9.70.23.34-5	R\$ 233,00

COMPOSIÇÃO:

Avaliação do paciente no Hospital para levantamento das necessidades
 Supervisão de enfermagem até 1 x no período
 Auxiliar ou Técnico de enfermagem por aplicação
 Suporte de soro e Kit de aparelho de pressão
 Coleta domiciliar até 1 x por período
 Monitoramento telefônico
 Relatório técnico mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante, infectante)

PROGRAMA TRATAMENTO DE LESÕES - CURATIVO (PACOTE)

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR DIA
Programa de Tratamento de Lesões 1 x dia (CURATIVO)	9.70.23.35-3	R\$ 73,00
Programa de Tratamento de Lesões 2 x dia (CURATIVO)	9.70.23.36-1	R\$ 152,00
Programa de Tratamento de Lesões 3 x dia (CURATIVO)	9.70.19-98-0	R\$ 228,00

COMPOSIÇÃO:

Avaliação do paciente no Hospital para levantamento das necessidades.
 Treinamento e identificação do cuidador.
 Enfermeiro especialista (estomoterapeuta) até 1 x por semana.
 Supervisão de enfermagem até 1 x por semana.
 Auxiliar ou Técnico de enfermagem por procedimento.
 Monitoramento telefônico.
 Relatório técnico mensal
 Coleta de resíduo sólido de saúde (perfurocortante, infectante)
 Demais itens sob autorização da operadora.

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM /AUXILIAR TÉCNICO

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR-RS-DIA
Auxiliar/Técnico de Enfermagem - Procedimento	9.40.53.19-7	R\$ 61,00
Enfermagem – Auxiliar/Técnico 4 horas	9.40.53.20-0	R\$ 111,00
Enfermagem – Auxiliar/Técnico 6 horas	9.40.53.21-9	R\$ 128,00
Enfermagem – Auxiliar/Técnico 8 horas	9.40.53.22-7	R\$ 164,00

SERVIÇOS PROFISSIONAIS ADICIONAIS DOMICILIARES

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR – R\$
Visita Médica domiciliar	9.40.52.90-5	R\$ 249,00
Visita Médico Especialista domiciliar	9.40.52.91-3	R\$ 308,00
Visita de Supervisão do Enfermeiro	9.40.52.92-1	R\$ 86,00
Visita do Enfermeiro Especialista/Estomatoterapeuta	9.40.52.94-8	R\$ 119,00
Enfermeiro para Procedimento Especializado	9.40.52.95-6	R\$ 114,00

OUTROS SERVIÇOS		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR – R\$
Coleta domiciliar	9.90.00.00-8	R\$ 72,00
Raio X domiciliar	9.70.22.06-3	R\$ 206,00
Remoção Simples (ida OU volta)	9.40.51-82-8	R\$ 380,00
Remoção UTI (ida OU volta)	9.40.51-84-4	R\$ 680,00
Troca de Sonda Nasoenteral	4.02.02.53-4	R\$ 200,00
Troca de Gastrostomia	3.10.02.17-0	R\$ 400,00
Troca de Traqueostomia	3.08.01.09-5	R\$ 780,00

DESCRIÇÃO DE EQUIPAMENTOS ESPECIAIS	CÓDIGO	PREÇO DIA R\$
Aspirador Cirúrgico	60025166	R\$ 4,86
Base Aquecida	60026002	R\$ 5,60
Bomba de Infusão	60025662	R\$ 3,12
Cilindro de Oxigênio Gasoso	60026013	R\$ 1,40
Cilindro de Oxigênio Líquido	60026011	R\$ 2,38
Concentrador de O2 - Multifuncional 5 litros	60026008	R\$ 15,84
Concentrador de O2 - Multifuncional 8 litros	60026007	R\$ 22,85
CPAP	60026000	R\$ 9,78
No Break	60026001	R\$ 6,30
Oxigênio Gasoso Medicinal - m3 (carga/recarga) *	60026019	R\$ 40,00
Ventilador Pressórico Invasivo – BIPAP/VPAP	60026017	R\$ 42,00
Ventilador Pressórico Não - Invasivo – BIPAP	60026016	R\$ 35,00

TABELAS – MATERIAIS, MEDICAMENTOS E DIETAS INDUSTRIALIZADAS	
DESCRIÇÃO	TABELA UTILIZADA
Materiais Descartáveis	SIMPRO – Com Deflator de 20%
Medicamentos Comuns	BRASINDICE – PMC com Deflator de 20%
Medicamentos Restritos Hospitalares	BRASINDICE – PF + 20%
Medicamentos não constantes na BRASÍNDICE	Valor de Nota Fiscal + 15%
Dieta Industrializada (ENTERAL/PARENTERAL)	BRASINDICE / SIMPRO com 70% de deflator

- ✓ Medicamentos que constam na relação de **genéricos** registrados na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária poderão ser prescritos e utilizados.
- ✓ A coleta domiciliar laboratorial não inclui o processamento do exame. O material coletado será encaminhado ao(s) laboratório(s) credenciado(s) pela CONTRATANTE junto com Guia Tiss.
- ✓ Os gases medicinais serão cobrados como recargas de acordo com tamanho do cilindro alocado.
- ✓ Todos os pacotes de Atendimento e/ou orçamento somente serão realizados após AUTORIZAÇÃO da CONTRATANTE.
- ✓ Nos pacotes não estão inclusos: Dietas Industrializadas, materiais, medicamentos, quimioterápicos, suplementos alimentares, hemoderivados e outros materiais especializados.

ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

A empresa, CNPJ nº....., aqui devidamente representada pelo Sr(a), infra-assinado, DECLARA, por este e na melhor forma de direito, concordar com os termos do edital de credenciamento nº 01/2019 e que tem pleno conhecimento do regulamento de credenciamento de empresas para prestação de serviços de Internação Domiciliar (Home Care) destinados ao tratamento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF, dos regulamentos da Assistência à Saúde e em consonância com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória e Diretrizes de Utilização (DUT) definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e dos preços praticados pelo IPREF.

Declara, ainda, que acatará integralmente quaisquer decisões que venham a serem tomadas pela administração do IPREF.

....., de de XXXX.

Atenciosamente.

Nome e assinatura do representante legal
RG nº

**ANEXO VI - MODELO DE DECLARAÇÃO INFORMANDO NÃO SER SERVIDOR
PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS**

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF

**DECLARAÇÃO INFORMANDO NÃO SER SERVIDOR PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE
GUARULHOS**

....., inscrita no CNPJ nº, por
intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a)....., inscrito no
CPF nº, DECLARA, para fins legais, que não tem em seu quadro
societário/estatutário, direção, administrador ou quaisquer pessoas que tenham ligação ou poder de
decisão com a empresa no prestador de serviços que tenha vínculo empregatício (CLT)/estatutário
com a administração municipal de Guarulhos (Direta e Indireta).

....., emde.....de XXXX.

Atenciosamente.

Nome e assinatura do representante legal

RG nº

ANEXO VII - MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO - HOME CARE

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO – HOME CARE - IPREF-SAÚDE

Sumário

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO – HOME CARE - IPREF-SAÚDE	42
1. APRESENTAÇÃO	43
2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)	43
3. CREDENCIAMENTO	44
4. PLANOS DE SAÚDE	44
5. SERVIÇOS ABRANGIDOS	44
6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO PACIENTE	44
6.1. São elegíveis	44
6.2. São Inelegíveis	44
7. INTERNAÇÃO DOMICILIAR	45
7.1. Indicação	45
7.2. Admissão/Aprovação da Internação Domiciliar	45
7.3. Modalidades de Internação Domiciliar	45
7.4. Tempo de Internação	45
7.5. Descrição do Fluxo de Atendimento em Home Care	46
7.5.1. Apresentação do Orçamento Inicial	46
7.5.2. Apresentação de Orçamento Prorrogativo	46
7.5.3. Aditivos	47
8. DA OXIGENOTERAPIA (inclusos nos pacotes de internação Domiciliar)	47
9. DOS MEDICAMENTOS	47
10. DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAIS (inclusos nos pacotes de internação Domiciliar)	47
11. RE-INTERNAÇÃO HOSPITALAR	48
12. TÉRMINO DA PRESTAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR	48
13. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO	48
14. REMUNERAÇÃO DOS PACOTES DE PROCEDIMENTOS, DEMAIS SERVIÇOS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS	48
15. AUTORIZAÇÃO	49
16. GLOSSAS E RECURSOS	49
17. LIMITE PARA APRESENTAÇÃO DAS GUIAS	49
18. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	49
19. QUIMIOTERAPIA	50
20. FATURAMENTO	50
20.1 Documentação de envio de faturamento / Cronograma de Pagamento	51
21. FORMULÁRIOS	51
22. DESCRENCIAMENTO	51
23. EXCLUSÕES DE COBERTURAS	52

1. APRESENTAÇÃO

O IPREF (Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos) foi criado em 1983; É uma Autarquia Municipal, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Todos os servidores públicos municipais titulares de cargos efetivos, ativos e inativos, dos poderes Executivos, são obrigatoriamente beneficiários no Instituto.

O IPREF é o Órgão Gestor Único de Previdência do município e centraliza os benefícios previdenciários.

O Instituto também é responsável pela Gestão da Assistência à Saúde destes servidores.

Este manual de orientação tem como finalidade subsidiar a rede credenciada, padronizar e apresentar as informações sobre o atendimento, planos, formulário e a operacionalização do IPREF-SAÚDE.

Mantenha o Manual de Orientação sempre em mãos, pois serão encontradas as orientações e instruções necessárias para o ajustamento dos procedimentos a serem adotados, a fim de evitarmos transtornos de ordem operacional.

Salientamos que os benefícios e coberturas do plano IPREF-SAÚDE foram alterados, bem como as regras operacionais de validação de elegibilidade do Beneficiário, autorização e regulação prévia de procedimentos, envio de contas assistenciais e faturamento passam a seguir novos padrões. Qualquer informação poderá ser obtida diretamente na Central de Atendimento ao Credenciado (11) 2461-6363, das 8h às 16:30h, de segunda a sexta-feira.

Para todos os fins e direitos, novos credenciamentos serão efetivados pelo IPREF mediante novo padrão de contrato. Este Manual de Orientação ao Credenciado demonstra detalhadamente as regras que devem reger a prestação de serviços e o atendimento ao Beneficiário.

Este manual ficará disponível no Portal do IPREF-SAÚDE na página <http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br> e será atualizado periodicamente, de acordo com a necessidade.

É imprescindível manter os dados cadastrais (endereço, e-mail, telefone, serviços, banco, etc.) sempre atualizados. Deste modo, quaisquer alterações deverão ser encaminhadas ao setor de Credenciamento do IPREF através de e-mail ou correspondência.

Contamos com seu profissionalismo e dedicação e colocamo-nos à disposição para informações no telefone (11) 2461-6363.

2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)

A identificação do Beneficiário do IPREF SAÚDE e sua elegibilidade ao atendimento são determinadas sempre pela apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB), acompanhado de um documento de identificação com foto. No caso de criança sem documento com foto, o Credenciado deve solicitar a apresentação da Certidão de Nascimento, observando-se sempre a data de validade do cartão.

Não serão pagos os procedimentos realizados fora do período de validade descrito no Cartão de identificação do Beneficiário do IPREF-SAÚDE.

O Cartão de Identificação do Beneficiário apresenta os dados preliminares necessários para a verificação da modalidade de plano permitida, vigência, padrão de acomodação, bem como as informações necessárias para o preenchimento dos formulários de cobrança pelo Credenciado, conforme campos constantes a seguir:

- ✓ N° da Inscrição do Beneficiário
- ✓ Nome do Beneficiário
- ✓ Plano
- ✓ Data de validade
- ✓ Acomodação
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Central de atendimento (11) 2461-6363, das 8h às 16:30h, de segunda a sexta-feira

3. CREDENCIAMENTO

Efetuada a contratação ou credenciamento, o Credenciado será cadastrado no IPREF SAÚDE e seu LOGIN e SENHA para acesso ao PORTAL WEB-IPREF-SAÚDE (<http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>) será disponibilizado quando da assinatura do contrato de prestação de serviços.

4. PLANOS DE SAÚDE

Classificada na modalidade de autogestão, o IPREF administra, sem finalidade lucrativa, a assistência médico-hospitalar dos servidores estatutários ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes, vinculados a Prefeitura Municipal de Guarulhos, Serviço Autônomo de Água e Esgoto - SAAE, Câmara Municipal de Guarulhos, e Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos - IPREF.

5. SERVIÇOS ABRANGIDOS

As empresas prestadoras do serviço de home care devem seguir as normatizes da RDC nº11 de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam **internação domiciliar**.

6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO PACIENTE

6.1. São elegíveis

- ✓ Os usuários dos planos do IPREF, com indicação médica hospitalar, e de comum acordo com auditoria médica do IPREF-Saúde, que preencham os requisitos definidos por protocolos clínicos reconhecidos, tais como ABEMID e/ou NEAD;
- ✓ Paciente com necessidades de receber ou completar esquema de medicação/antibiótico EV;
- ✓ Paciente com realização de curativos complexos;
- ✓ Indicação de cuidador familiar, com treinamento frente às novas condições do paciente, limitações e necessidades clínicas, com disponibilidade 24 horas por dia;

6.2. São Inelegíveis

- ✓ Os pacientes que necessitem de manutenção de cuidados básicos (banho, oferta de medicação oral ou por sonda, mudança de decúbito, auxílio nas atividades de vida diária ou vigilância), casos em que se indica cuidador a ser providenciado pela família.

- ✓ Os pacientes com senilidade avançada, limitações de AVDs, incapacidades e/ou disfunções por si só, bem como não são fatores de elegibilidade critérios socioeconômicos.

7. INTERNAÇÃO DOMICILIAR

7.1. Indicação

A indicação de um paciente para a internação domiciliar começa quando, após estabilização do quadro clínico do paciente e com tempo prolongado de internação hospitalar, é solicitado pelo médico assistente e avaliado pelo médico auditor do IPREF, que irão definir se existe condição clínica para efetuar a internação domiciliar, desde que seja com consentimento do paciente/família.

7.2. Admissão/Aprovação da Internação Domiciliar

Para instalação da Internação Domiciliar são necessárias as seguintes aprovações:

- a) Do médico auditor do IPREF-Saúde: uma vez preenchidos os critérios de elegibilidade e aplicabilidade da assistência, definindo o plano terapêutico, conforme o resultado das tabelas ABEMID e/ou NEAD que aprovará o orçamento da empresa de Home Care que for mais viável em preço e que atender às necessidades do paciente;
- b) Do Médico Assistente: concordando com o plano terapêutico;
- c) Do paciente/família ou responsável legal: concordando com o plano terapêutico;
- d) Presença de um cuidador hábil, disponível 24 horas por dia;
- e) Residência compatível para Internação domiciliar: suprimento de água potável, energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, e ambiente com janela, específico para o paciente;
- f) Facilidade de acesso ao domicílio para veículos e ambulância;
- g) É obrigatória a assinatura e concordância, por parte dos responsáveis pelo paciente, de um “Termo de Responsabilidade” para a Internação Domiciliar.

7.3. Modalidades de Internação Domiciliar

- a) ID - Alta Complexidade - utiliza-se de tecnologia hospitalar compatível com o ambiente domiciliar, exceto os níveis de intervenção que caracterizem procedimentos inerentes ao âmbito hospitalar. (24 horas de enfermagem);
- b) ID - Média Complexidade - paciente com quadro clínico que não necessite de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização contínua, assistência de enfermagem intensiva, aplicação contínua ou complexa de medicamentos. (12 horas de enfermagem).
- c) ID – Baixa Complexidade – paciente necessita de cuidados médicos e de enfermagem por conta de demandas de enfermagem, requerendo a permanência de profissionais por pelo menos seis horas diárias na casa do paciente.

7.4. Tempo de Internação

A internação domiciliar tem validade de 30 dias, podendo ser renovada mensalmente por prorrogações orçamentárias, conforme a evolução do paciente, através de relatórios de evolução clínica, enviados pela equipe de Home Care.

7.5. Descrição do Fluxo de Atendimento em Home Care

7.5.1. Apresentação do Orçamento Inicial

Após receber a solicitação de internação domiciliar efetuada pelo médico assistente, o Ipref solicitará, através de e-mail, os orçamentos para as empresas de home care credenciadas, que deverão apresentar, juntamente com a tabela de classificação ABEMID e/ou NEAD em no máximo dois dias úteis.

O Ipref informará o credenciado cujo orçamento foi aprovado e emitirá a guia inicial de internação para que o credenciado faça a implantação do home-care.

A proposta terapêutica e orçamentária deve ser encaminhada, através de e-mail, com o custo diário e mensal, com os seguintes dados:

- a) Dados do paciente; - nome completo - número da matrícula - data de nascimento - sexo - endereço com ponto de referência - telefone fixo e móvel;
- b) Nome do responsável e cuidador;
- c) Nome do médico assistente com CRM;
- d) Diagnóstico;
- e) Hospital de origem;
- f) Avaliação de condições de moradia do paciente;
- g) Data de admissão no home care;
- h) Evolução Clínica;
- i) Plano de Internação Domiciliar; - recursos profissionais envolvidos e protocolo de visitas; recursos materiais e medicamentos envolvidos; recursos de equipamentos envolvidos;
- j) Tempo previsto para tratamento;
- k) Estimativa de custos e orçamento para o tratamento proposto.

Os profissionais das empresas de home care se responsabilizam em passar as orientações e os treinamentos necessários ao cuidador.

7.5.2. Apresentação de Orçamento Prorrogativo

As empresas prestadoras dos serviços de Internação domiciliar deverão solicitar a guia de internação/prorrogação para o mês subsequente, entre os dias 20 a 30 do mês anterior através do portal Web-Ipref, contendo evolução clínica e demais relatórios pertinentes.

Essas solicitações serão analisadas pela auditoria e estarão disponíveis no Portal Web até o terceiro dia útil do mês de atendimento.

7.5.3. Aditivos

Ocasionalmente, há necessidade por imperativo clínico, da utilização de medicamentos de uso restrito hospitalar, além daqueles previstos em orçamento, sendo a liberação ou prorrogação dos mesmos autorizadas mediante apresentação dos relatórios pertinentes à solicitação.

8. DA OXIGENOTERAPIA (inclusos nos pacotes de Internação Domiciliar)

A cobertura do benefício limita-se a paciente exclusivamente em internação domiciliar, prescrito por médico assistente, estabelecido previamente nas tabelas ABEMID e/ou NEAD, com aprovação da Perícia Médica do Ipref.

A carga e recarga de oxigênio deverá ser consignada em prontuário para fins de auditoria.

Caberá ao beneficiário a responsabilidade sobre todas as despesas com o funcionamento do equipamento, tais como o fornecimento de energia elétrica e sua manutenção (troca de cateteres, umidificador, dentre outros).

O credenciado compromete-se a comunicar de imediato ao IPREF-Saúde, a cessação da necessidade do uso de equipamento pelo beneficiário, por qualquer motivo, para que seja providenciado o cancelamento do aluguel.

9. DOS MEDICAMENTOS

O fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não está contemplado dentre as coberturas obrigatórias da ANS art.10, inciso VI, com exceção dos antineoplásicos orais e para controle dos efeitos colaterais e adversos dos medicamentos neoplásicos.

Serão fornecidos medicações genéricas apenas de âmbito restrito hospitalar, utilizados durante internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, obedecidas as exigências previstas nos normativos vigentes da Anvisa e nas alíneas “d” e “g”, do inciso II, do artigo 12, da Lei n.9.656, de 1998 e art.14, da RN n.428, de 2017.

Para solicitação de Medicamentos Genéricos Restritos Hospitalares, será necessário a formalização da solicitação. Deverão ser enviados para análise prévia os laudos de exames que comprovem a pertinência técnica para uso dos medicamentos e prescrição médica com justificativa. Deverão ser solicitados com os respectivos códigos Brasíndice e TUSS.

10. DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAIS (inclusos nos pacotes de internação Domiciliar)

A cobertura do benefício limita-se a paciente exclusivamente em internação domiciliar, prescrito por médico assistente, estabelecido previamente nas tabelas ABEMID e/ou NEAD, com aprovação da Perícia Médica do IPREF.

Os familiares do beneficiário se responsabilizam por providenciar todos os demais materiais necessários para que a equipe de home care possa realizar seus atendimentos ao paciente, com as devidas condições de higiene do paciente e do local em que se encontra.

11. RE-INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Todas as transferências de pacientes que necessitem de internação hospitalar por piora do quadro clínico devem ser comunicadas imediatamente ao IPREF-Saúde através de telefone 11-2461-6363 na Central do Prestador.

12. TÉRMINO DA PRESTAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

A internação Domiciliar termina através da Alta Domiciliar. O motivo desta alta pode ser:

- ✓ Alta por melhora;
- ✓ Beneficiário se descredenciar do Ipref-Saúde;
- ✓ Quando não ocorrer colaboração da família, ou seja, caso a família não acate a conduta da equipe ou interfira na prescrição médica;
- ✓ Quando não houver mais cuidador corresponsável pelo tratamento do paciente;
- ✓ Quando o paciente mudar seu domicílio (para outra cidade) sem a prévia comunicação a empresa responsável (terceirizada);
- ✓ Reinternamento: quando o paciente necessitar se internar em hospital será automaticamente desligado do programa e para nova readmissão no serviço necessitará de nova indicação/aprovação médica, com novas cotações;
- ✓ Óbito.

Em todo caso a empresa prestadora de home care deve notificar o IPREF-Saúde quanto à ocorrência da alta, encaminhando um “Relatório de Alta” através da Central de Atendimento ao Prestador.

13. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO

Para atendimento, os beneficiários deverão apresentar obrigatoriamente os seguintes documentos:

- ✓ Cartão de Identificação do IPREF-SAÚDE; e
- ✓ Carteira de Identidade (RG) ou documento com foto.

Para a própria segurança do credenciado, ao efetuar atendimento a um beneficiário, deverão ser observados:

- ✓ Data de validade do cartão de identificação;
- ✓ Nome do beneficiário no cartão;
- ✓ Plano que está autorizado para atender;
- ✓ Carências.

14. REMUNERAÇÃO DOS PACOTES DE PROCEDIMENTOS, DEMAIS SERVIÇOS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Os valores serão praticados conforme estabelecido no ANEXO II - TABELA DE PREÇOS PRATICADOS do presente edital.

Os Materiais utilizados serão cobrados com base nos preços estabelecidos na Tabela SIMPRO (com deflator de 20%); os Medicamentos com base na Tabela BRASÍNDICE (Medicamentos Comuns – Preço Máximo ao Consumidor (PMC) com 20% de deflator e Medicamentos Restritos Hospitalares – Preço de Fábrica (PF) + 20%); Medicamentos não constantes na BRASÍNDICE - Valor de Nota Fiscal + 15%; dieta industrializada (Enteral/Parenteral) com base nas Tabelas Brasíndice/SIMPRO com 70% de deflator.

15. AUTORIZAÇÃO

Como já descrito, para qualquer atendimento, o Beneficiário deve sempre apresentar o Cartão de Identificação e documento de identidade com foto.

Todos os procedimentos, devem ser solicitados através do autorizador eletrônico IPREF SAÚDE: <http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>, onde será realizada a elegibilidade do Beneficiário e do procedimento a ser realizado, conforme serviços contratados. Dúvidas sobre o site, senha e acessos contatem a Central de Atendimento ao Prestador pelo telefone: (11) 2461-6363 no horário comercial.

O Credenciado estará autorizado a realizar o procedimento somente após autorização emitida no Portal Web-Ipref.

Ao final de cada guia existe campo específico para assinatura do Beneficiário ou responsável, que deve ser preenchido para o encaminhamento do faturamento físico ao IPREF.

O preenchimento do campo com o código da CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) é obrigatório em todas as guias. O preenchimento do CRM do médico atendente, bem como a assinatura do profissional e carimbo é obrigatório tanto nas guias como em pedidos médicos e/ou laudos.

Os procedimentos realizados sem a devida autorização prévia, não serão custeados pelo IPREF, ficando o credenciado com o ônus de toda a despesa desses procedimentos.

A critério do IPREF, para qualquer procedimento, poderão ser solicitadas perícias prévias, laudos detalhados ou documentação fotográfica.

16. GLOSSAS E RECURSOS

O extrato de glosas estará disponível eletronicamente no site na área destinada ao credenciado.

O Recurso de glosa deverá ser encaminhado ao IPREF, através do Portal Web-Ipref, em até 30 dias após o pagamento da fatura, o qual será avaliado pelo IPREF no prazo máximo de 30 (trinta) dias .

Após efetuada a análise do recurso de glosa, o valor será disponibilizado no portal Web-Ipref para a emissão da Nota Fiscal que deverá ser anexada ao recurso de glosa liberado.

17. LIMITE PARA APRESENTAÇÃO DAS GUIAS

As guias dos atendimentos realizados deverão ser entregues para cobrança em até 60 (sessenta) dias a contar da data em que o beneficiário foi atendido. Entregas efetuadas após esse prazo estarão passíveis de glosas e aplicação da legislação em vigor.

18. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Os medicamentos considerados “especiais” e de alto custo, para uso no transcorrer de uma internação, quando cobertos, necessitam de autorização prévia.

Para solicitação de Medicamentos Especiais será necessária a formalização da solicitação. Deverão ser enviados para análise prévia os laudos de exames que comprovem a pertinência técnica para uso dos medicamentos e prescrição médica com justificativa. Vale ressaltar que, uma vez autorizados pela Auditoria, caberá ainda a auditoria externa para validação de uso, mediante as evidências apresentadas em contas médicas e prontuário.

Os medicamentos em gotas/ líquidos orais serão pagos por mililitro mediante prescrição médica assinada, carimbada e checada pela enfermagem.

Os anestésicos em frasco-ampola serão pagos por mililitro conforme registro médico em Relatório Anestésico.

Os medicamentos apresentados em frasco ampola serão pagos conforme prescrição médica. Levar em consideração a estabilidade do medicamento conforme indicação do fabricante.

Medicamentos em ampolas serão pagos integralmente;

19. QUIMIOTERAPIA

Para a realização de quimioterapia é obrigatório anexar à solicitação de autorização, o relatório médico detalhado da patologia em questão, estadiamento clínico, tratamentos anteriores, associação com cirurgia e/ou radioterapia, descrição da idade, peso e altura do paciente, além do programa terapêutico proposto.

20. FATURAMENTO

Caberá ao Prestador enviar toda a documentação comprobatória para análise da pertinência de procedimentos que se fizerem necessários à avaliação pela Auditoria Médica, tais como: laudos de exames, relatórios e solicitações médicas, imagens radiológicas (quando necessário) e plano de tratamento com a proposta terapêutica completa.

Quando da existência de divergências médicas por ausência de maior comprovação científica, caberá ao Credenciado, quando solicitado, enviar literatura técnica-científica evidenciando a eficácia técnica e dos produtos a serem utilizados, a fim de permitir maior análise e discussão em torno do que está sendo solicitado. E ainda, poderemos propor a realização de perícia presencial, segunda opinião e possível junta médica, observando as normas vigentes.

O IPREF, conforme legislação vigente, poderá manter negativas de procedimentos que não constem do Rol de cobertura mínima, dos experimentais, dos materiais/medicamentos sem reconhecimento da ANVISA, medicamentos off label e aqueles procedimentos que possuam Diretrizes de Utilização (DUT) onde os critérios não sejam atendidos integralmente, bem como, diante de divergências médicas onde não seja possível verificar a indicação precisa, após análise de toda documentação pertinente, de avaliação de 2ª opinião e ainda por Junta Médica.

As auditorias in loco são previamente agendadas entre o credenciado e a auditoria apresentada pelo IPREF.

Para auditoria de contas in loco é imprescindível a apresentação das autorizações efetuadas pelo IPREF, bem como prontuário completo do beneficiário e demais documentos que comprovem a realização dos procedimentos cobrados pelo Credenciado.

Após a finalização do trabalho de auditoria, para cada conta médica deverá ser preenchido o formulário (capeante) com as informações das glosas apontadas pela auditoria, com a liberação do valor a ser pago e devidas assinaturas pertinentes, bem como a conta limpa.

O credenciado deverá enviar corretamente o faturamento de suas contas tanto físicas quanto eletrônicas.

20.1 Documentação de envio de faturamento / Cronograma de Pagamento

O credenciado deverá enviar o faturamento eletrônico/físico (com capeante) bem como anexar a Nota fiscal no Portal Web-Ipref, conforme Cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível na área restrita do Prestador, que poderá ser acessado através do site www.iprefguarulhos.sp.gov.br.

O credenciado deverá enviar:

- ✓ Uma via das guias correspondentes aos serviços prestados no período.
- ✓ Documentação complementar cabível (relatório médico, fatura hospitalar completa, detalhamento de materiais e medicamentos).
- ✓ O faturamento em lotes de no máximo 100 guias, em ordem alfabética e com a relação dos beneficiários atendidos, totalizando as guias individualmente com somatória final.

Para o cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o Credenciado deve considerar os valores-base negociados e descritos na tabela contratada junto ao IPREF, na data da prestação dos serviços.

Só serão aceitas para processamento e pagamento aquelas faturas de serviços e/ou internações concluídas ou atendidas em até 60 dias da data do atendimento ou alta.

Como possibilidade prevista na TISS, todos os procedimentos e itens de cobrança envolvendo os pacotes contratados, os materiais e medicamentos, devem ser discriminados individualmente na interface eletrônica, utilizando-se as codificações e descrições previstas nos contratos estabelecidos e, notadamente no caso de materiais e medicamentos, as descrições das tabelas comerciais SIMPRO e BRASÍNDICE.

As notas fiscais eletrônicas deverão ser emitidas e anexadas na área restrita do prestador no Portal Web-Ipref, conforme Cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível no Portal do Prestador.

21. FORMULÁRIOS

Todas as guias estão disponíveis para download e impressão direta pelo próprio credenciado através do portal do IPREF: <http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br>;

Conforme regulamentação específica da ANS, as guias em papel padrão TISS guardam semelhança com os respectivos formulários eletrônicos, enquanto conteúdo e obrigatoriedade de preenchimento de seus campos.

22. DESCRENCIAMENTO

O descredenciamento ocorrerá por solicitação escrita do prestador de serviço, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, não havendo direito à indenização de qualquer natureza, ressalvando o direito do Credenciado em receber pelos serviços efetivamente prestados até a data da rescisão.

Poderá ocorrer o descredenciamento, por justo motivo, nas seguintes situações:

- ✓ Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;
- ✓ Infração comprovada às normas sanitárias em vigor;
- ✓ Alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto contratual;
- ✓ Liquidação extrajudicial, decretação de concordata ou falência;
- ✓ Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado: Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
- ✓ Não cumprimento de qualquer cláusula do contrato;
- ✓ Alteração da finalidade inicial para a qual se credenciou junto ao IPREF SAÚDE
- ✓ Reincidência, após ser notificado pelo IPREF SAÚDE, na execução de serviços para o qual não esteja autorizado e credenciado para executar;
- ✓ Cassação do registro pelo Conselho Regional;

Oficializado o descredenciamento, a entidade fica impedida de realizar novas cobranças referentes aos atendimentos a partir da data da oficialização, devendo apresentar, imediatamente, a relação daqueles que estiverem em tratamento;

- ✓ Cobrança de quantias suplementares aos beneficiários, a título de diferença de honorários quanto não autorizado pelo IPREF SAÚDE.

NOTA:

No prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento da comunicação de descredenciamento, devem ser concluídos os tratamentos até então iniciados, bem como apresentação de contas.

No caso de paciente cujo tratamento ultrapasse os 30 (trinta) dias, quando do encerramento da fatura, o credenciado deverá fornecer o histórico clínico com a situação atual do paciente e previsão de conclusão do tratamento.

23. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Nos termos da legislação vigente, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos das coberturas obrigatórias deste plano de saúde, os seguintes procedimentos:

- I- Fornecimento de medicamentos e/ou materiais nacionais ou importados ou não nacionalizados, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou que não possuem as indicações descritas na respectiva bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label) assim como os medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- II- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- III- Quaisquer despesas e afins quando solicitadas/utilizadas por iniciativa do Beneficiário/paciente ou seu responsável não previstas/relacionadas ao evento coberto e/ou não prescritas pelo médico;

- IV- Produtos descartáveis e de uso pessoal tais como fraldas, absorventes higiênicos, lâminas de barbear, cotonetes, enxaguantes bucais (tipo Cepacol), cremes hidratantes e de proteção da pele como dersani e saniskin, dentre outros produtos;
- V- Despesas decorrentes de cataclismos, guerra, epidemias e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VI- Colchões ortopédicos ou magnetizados ou similares;
- VII- Transporte ou deslocamento do Beneficiário da residência ou do local não caracterizado como estabelecimento de saúde para um serviço de saúde credenciado ou não (clínica/laboratório/médicos/terapeutas).