

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMPLEMENTAR Nº {{id}}

CONTRATANTE: {{contractorName}}, {{contractorCpfCnpj}}, residente e domiciliado {{contractorAddress}}, {{contractorZip}}, {{contractorCity}}-{{contractorState}}, telefone: {{contractorPhone}}, Local da cirurgia {{hospital}}, em {{date}} às {{hour}} hs, Médico Responsável {{doctorName}}, especialidade {{specialty}}, CRM nº {{crm}}, a realização dos procedimentos {{surgeries}}.

CONTRATADA: ANADEM S.A., pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ nº 03.432.472/0001-01, com sede na SHS Quadra 02, Bloco J, sala 101, Mezanino, Asa Sul, CEP 70.322-901, Brasília, DF, plantão de atendimento fone 0800-61-3333.

DADOS DO PACIENTE PROTEGIDO: {{patientName}}, inscrito no RG nº {{patientRg}}, CPF nº {{patientCpf}}, residente e domiciliado {{patientAddress}}, {{patientZip}}, {{patientCity}}-{{patientState}}, telefone: {{patientPhone}}, e-mail: {{patientEmail}}.
{{repLegal}}

Estender proteção por mais 30 dias: {{extendCover}}

Proteção de Infecções: {{infectionCover}}

As partes acima qualificadas firmam o presente Contrato de Prestação de Serviço Complementar, mediante as cláusulas que se seguem.

DO OBJETO

Cláusula 1ª. Trata-se de Contrato de Prestação de Serviço Complementar de assistência financeira ao **CONTRATANTE** e extensiva ao **PACIENTE PROTEGIDO**, de natureza pessoal, individual e intransferível, que garante ao **CONTRATANTE** o pagamento ou reembolso de despesas com intercorrências diretamente relacionadas ao procedimento cirúrgico, observadas as demais disposições e cláusulas deste contrato.

Parágrafo primeiro. A contratação garante o pagamento das despesas relacionadas ao tratamento da intercorrência, caso o atendimento seja realizado nos hospitais credenciados à rede da **CONTRATADA** ou reembolso as despesas relacionadas ao tratamento da intercorrência caso realizado fora dos hospitais credenciados à rede da **CONTRATADA**. No caso de reembolso, este será feito conforme tabelas de referência disponíveis no site da **CONTRATADA** através do link: <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>. O pagamento ou reembolso é válido para intercorrências ocorridas em qualquer parte do território nacional, independentemente do local onde a cirurgia originária foi realizada.

Parágrafo segundo. Caso existam hospitais credenciados à rede do **CONTRATADA** na localidade de atendimento da intercorrência, o paciente deverá ser direcionado ao mesmo, caso exista disponibilidade para recebe-lo, ou, ao seu critério, ao hospital de sua preferência.

Cláusula 2ª. Abrangência: Despesas médicas e hospitalares necessárias para o atendimento, diagnóstico, tratamento, recuperação e restabelecimento de paciente submetido a procedimento cirúrgico, até a alta hospitalar; e desde que a necessidade de novos procedimentos médicos ou cuidados hospitalares tenham resultado diretamente de complicações do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) contratado(s), sem o concurso de outras causas preexistentes, concomitantes ou supervenientes como descompensação de doenças preexistentes.

Parágrafo único. O pagamento/reembolso abrange despesas médicas com intercorrências relacionadas a outras especialidades médicas, desde que diretamente decorrentes da cirurgia originária realizada.

Cláusula 3ª. Riscos Incluídos: Exames para diagnóstico, laboratoriais e de imagem (SADT - Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia), honorários médicos (exceto o disposto na Cláusula 18ª deste contrato – cirurgião responsável pelo primeiro procedimento), transfusões, oxigênio e sua aplicação (exceto oxigenoterapia hiperbárica), diárias de internação em apartamento e UTI, transporte em ambulância até 100km e demais tratamentos clínicos e cirúrgicos de intercorrências trans e pós-operatórias dos procedimentos contratados, exceto os itens constantes na Cláusula 4ª – Riscos Excluídos. Nos casos de utilização de OPME, a cobertura será somente para a utilização de materiais especiais desde que utilizados para tratamento da intercorrência e com justificativa técnica médica de utilização.

Cláusula 4ª. Riscos Excluídos: infecções, complicações pós-cirúrgicas provocadas por negligência comportamental ou culpa exclusiva do paciente ou de terceiros estranhos à equipe médico-hospitalar responsável pelo procedimento cirúrgico; falha nos equipamentos hospitalares; danos provocados por acidentes naturais ou fenômenos da natureza; complicações pós-cirúrgicas provocadas por outros fatores, sem relação de causa e efeito com o procedimento cirúrgico contratado; cicatrizes hipertróficas ou queloidianas; assimetrias inestéticas; estrias; homecare; parto; tratamentos continuados e permanentes; equipamentos de deambulação mecânica; quimioterapia; radioterapia; iodoterapia; transplante de órgãos; substituição de órteses ou próteses defeituosas; qualquer tipo de diálises, dietas especiais sem justificativa técnica; curativos a vácuo; oxigenioterapia hiperbárica; lentes intraoculares; perda ou diminuição da acuidade visual; erro de cálculo de lente intraocular; ozonioterapia, telas e outros materiais aloplásticos especiais; sequelas motoras; sequelas neurológicas; Acidente Vascular Cerebral – AVC; paralisias ou parestesias; fibrose; tratamento psicológico; danos corporais; danos estéticos; danos morais; danos existenciais; lucros cessantes; judiciais indenizatórios; procedimentos experimentais e sem registro nos órgãos fiscalizadores competentes. Órteses e próteses para qualquer finalidade.

Parágrafo primeiro. Poderá ser contratada, como cobertura adicional, a extensão para amparo de infecções.

Parágrafo segundo. No caso de contratação da extensão, entende-se como infecção aquela diretamente advinda do ato cirúrgico contratado, ou seja, fisiopatologicamente ligada ao evento.

Parágrafo terceiro. Não se incluem nas infecções abonadas os quadros infecciosos que apresentem etiologia alheia ao trauma dos procedimentos cirúrgicos contratualizado, ou seja, eventos como, por exemplo: infecções virais tipo dengue, COVID-19, pneumonias comunitárias, parotidite, infecções sexualmente transmissíveis, hepatites e ou outras com causa(s) patológicas pré-existentes, todas sem nexos causal com a fisiopatologia dos eventos contratados e realizados. Igualmente estão excluídas infecções provocadas por eventos extemporâneos, fortuitos ou provocados por terceiros, como, por exemplo agressões, acidentes e outras com concausa dependências: químicas, psíquicas e outras de qualquer natureza.

Parágrafo quarto. O valor da contratação da extensão para o amparo de infecções será de R\$ 520,00 (quinhentos e vinte reais), devendo o pagamento ser realizado na mesma forma e prazo de contratação, ou seja, até às 23h e 59 min do dia anterior ao ato cirúrgico.

Cláusula 5ª. O limite pago/reembolsável, em caso de intercorrências trans ou pós-operatórias, será de até R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), respeitando as tabelas SIMPRO, BRASÍNDICE, CBHPM 16 e a Tabela Referência Para Reembolsos de diárias, taxas e gases medicinais e Tabela Complementar Para Reembolsos de honorários médicos, consultas, remoções, hemoderivados, materiais e medicamentos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download> considerando a contratação com ou sem a extensão da infecção, prevista no parágrafo quarto da Cláusula 4ª.

Parágrafo Primeiro. Os valores referentes ao tratamento da intercorrência que ultrapassem o valor do limite da cobertura de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) disposta na Cláusula 5ª do contrato, são de inteira responsabilidade do Contratante junto ao hospital/clínica em que recebeu o tratamento.

Parágrafo Segundo. Em caso de inadimplência, após a notificação para pagamento, em prazo superior a 15 (quinze) dias, a Contratada autoriza o Contratante a eventuais protestos e inscrições negativas nos órgãos de proteção ao crédito nacional (SERASA, SPC, Cartórios, dentre outros)

Cláusula 6ª. Deverão ser declarados no cadastro da cirurgia todos os procedimentos a serem realizados no ato cirúrgico de acordo com sua nomenclatura no sistema de cadastro de adesão da CONTRATADA, sob pena de indeferimento do pagamento/reembolso em sua totalidade.

DO PRAZO DA VIGÊNCIA

Cláusula 7ª. A vigência contratual começa a partir do início do ato cirúrgico contratado, desde que a contratação da prestação de serviço complementar seja efetuada através do registro dos dados da cirurgia no site <https://cirurgiasegura.com/>, bem como seu pagamento seja realizado até às 23h e 59 min do dia anterior ao ato cirúrgico.

Cláusula 8ª. O término da vigência contratual ocorrerá 60 (sessenta) dias após a data da realização do ato cirúrgico contratado executado de acordo com o registro em prontuário médico.

Cláusula 9ª. Poderá ser CONTRATADA ampliação do prazo de vigência para mais 30 (trinta) dias, totalizando 90 (noventa) dias de vigência contratual, devendo ser realizado o pagamento adicional de 50% (cinquenta por cento) do valor da contratação, até às 23h e 59 min do dia anterior ao ato cirúrgico.

Cláusula 10ª. A execução dos procedimentos que visem correção das intercorrências diagnosticadas poderá ser realizada em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após o procedimento cirúrgico contratado.

DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

Cláusula 11ª. O valor do presente contrato é de {{value}} ({{valueDescription}}), obedecendo aos critérios de riscos estabelecidos, conforme o cadastro do ato cirúrgico contratado, variando de R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais), relativo ao risco mínimo, até R\$ 810,00 (oitocentos e dez reais), relativo ao risco máximo.

Parágrafo único. Em caso de cancelamento da cirurgia, o valor pago pela contratação do presente será ressarcido no prazo de 30 (trinta) dias, desde que o cancelamento seja notificado em até 24 horas após a data em que seria realizada a cirurgia contratada, sob pena de perda do direito ao ressarcimento. Considera-se como cirurgia cancelada todos os procedimentos cadastrados na contratação.

DAS CONDIÇÕES DO PAGAMENTO/REEMBOLSO

Cláusula 12ª. As despesas passíveis de pagamento/reembolso deverão ser exclusivamente decorrentes da cirurgia previamente cadastrada no momento da efetivação do presente contrato.

Cláusula 13ª. Somente terá direito ao pagamento/reembolso se o procedimento cirúrgico for realizado por profissional legalmente habilitado na correspondente especialidade médica, conforme informações prestadas na contratação.

Cláusula 14ª. Para ter direito ao pagamento/reembolso, a intercorrência médico/cirúrgica deverá ser comunicado na constatação/diagnóstico da intercorrência, e desde que a mesma tenha sido detectada em até 60 (sessenta) dias do pós-operatório. Caso a intercorrência não cumpra os prazos de comunicação e de cobertura, o pagamento/reembolso das despesas relacionadas à intercorrência será indeferido.

Cláusula 15ª. Somente será permitida a contratação de procedimentos cadastrados de acordo com sua nomenclatura no sistema de cadastro de adesão da CONTRATADA. Caso o procedimento realizado não condisser com o procedimento cadastrado, não haverá direito ao pagamento/reembolso.

Cláusula 16ª. Não será efetuado pagamento/reembolso de cirurgias reparadoras provenientes da intercorrência associada a outros procedimentos cirúrgicos.

Cláusula 17ª. Não será efetuado pagamento/reembolso de honorários do cirurgião responsável pelo primeiro procedimento cirúrgico.

Cláusula 18ª. O pagamento/reembolso de materiais, medicamentos, curativos (exceto curativos por pressão negativa), terapias e fisioterapias, somente ocorrerá enquanto o paciente permanecer internado no hospital onde a intercorrência for tratada.

Cláusula 19ª. Não será efetuado pagamento/reembolso de despesas relacionadas a planos de saúde tais como coparticipações, mensalidades ou quaisquer outros gastos relacionados a eles.

DA COMUNICAÇÃO DA INTERCORRÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE AUDITORIA

Cláusula 20ª. Para abertura do aviso de intercorrência, o **CONTRATANTE** ou terceiro a pedido deste, deverá justificar e atender, documentalmente, os requisitos protocolares descritos neste título mediante prévia autorização do paciente.

Cláusula 21ª. Em caso de intercorrência trans e pós-operatória, o **CONTRATANTE** deverá notificar e enviar relatório médico legível à **CONTRATADA**, obrigatoriamente, dentro do prazo de vigência do contrato.

Parágrafo primeiro. A notificação da intercorrência deverá ser realizada através de envio de relatório médico descrevendo a hipótese diagnóstica e conduta médica, datado e assinado pelo médico. Os meios de notificação de intercorrência são: o site <https://cirurgiasegura.com/>, através do envio de e-mail para atendimento@cirurgiasegura.com ou por telefone 0800-61-3333 (Plantão de Atendimento).

Parágrafo segundo. A documentação pertinente a intercorrência para análise da equipe de auditoria deverá ser anexada através do login do cirurgião responsável no sistema ou enviada por e-mail no endereço: atendimento@cirurgiasegura.com.

Cláusula 22ª. O deferimento ou indeferimento do pagamento/reembolso será efetuado mediante perícia indireta (documental), com data e número sequencial do contrato, iniciando a análise após o recebimento de toda a documentação solicitada pela equipe de auditoria.

Parágrafo primeiro. Os documentos necessários ao pagamento/reembolso estão descritos no ANEXO I deste instrumento.

Parágrafo segundo. Caso necessário, documentos complementares poderão ser solicitados pela equipe de auditoria da **CONTRATADA**.

Cláusula 23ª A auditoria das contas hospitalares será realizada com base nas tabelas referenciais para materiais e medicamentos SIMPRO e BRASINDICE, honorários médicos e SADT (Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico) CBHPM 2016, diárias, taxas, gases medicinais, hemoderivados, consultas com especialistas e remoções, serão conforme descritas nas Tabelas Referência e Tabela Complementar Para Reembolsos constantes no ANEXO II deste instrumento e disponíveis no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>.

Cláusula 24ª. Para deferimento do pagamento/reembolso, a auditoria da **CONTRATADA** verificará a ocorrência denexo causal direto entre o procedimento cirúrgico contratado e a intercorrência detectada.

Cláusula 25ª. O pagamento/reembolso se dará independentemente de verificação de culpa da equipe médica e/ou hospitalar.

Cláusula 26ª. O **CONTRATANTE** deverá, devidamente autorizado pelo paciente, diligenciar junto à instituição que realizar o procedimento saneador da intercorrência para o fornecimento à **CONTRATADA** de toda a documentação necessária para a auditoria técnica.

Cláusula 27ª. O pagamento/reembolso referente a despesas com ambulância será amparado para todos os eventos que sejam considerados de URGÊNCIAS E OU EMERGÊNCIAS MÉDICAS. Eventos amparados por alterações, documentadas por relatórios do médico assistente ou do médico socorrista, sempre comprovadas com sinais e alterações fisiopatológicas mensuráveis por auditoria médica, como por exemplo: saturação de oxigênio, pressão arterial, febre, escala de coma de Glasgow e ou outras métricas que não sejam apenas sintomas ou informações subjetivas temporais. Sendo limitada a 100km e no máximo de 3 (três) trechos. A responsabilidade da contratação e acionamento de serviço especializado de transporte em ambulância será por conta do **CONTRATANTE** ou por terceiro por ele designado, não cabendo a **CONTRATADA** a responsabilidade pelo transporte, apenas o reembolso

conforme Tabela Complementar Para Reembolsos de honorários médicos, consultas, remoções, hemoderivados, materiais e medicamentos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>.

DO PAGAMENTO/REEMBOLSO

Cláusula 28ª. A Contratada terá um prazo de 90 (noventa) dias para a realização da perícia e auditoria conforme estabelecido neste contrato. O prazo começará a contar a partir da efetiva entrega de toda a documentação necessária para a realização da auditoria. A pendência e/ou o atraso na entrega de quaisquer documentos solicitados pela Contratada não resultarão no início do prazo para a realização da auditoria.

Cláusula 29ª O pagamento/reembolso das despesas com intercorrências será realizado no prazo de até 72 (setenta e duas) horas úteis após o deferimento pela equipe de perícia e auditoria da **CONTRATADA**, sendo reembolsado em conta bancária, diretamente àquele que comprovar o custeio das despesas referentes a intercorrência por meio de comprovante de pagamento e/ou nota fiscal, podendo também ser realizado o reembolso diretamente ao hospital e equipe médica responsável pelo atendimento da intercorrência. Caso a intercorrência seja tratada em um dos hospitais de referência credenciados à rede da CONTRATADA, o pagamento das despesas será realizado diretamente a este hospital.

Cláusula 30ª. O pagamento/reembolso será feito mediante averiguação da veracidade das informações cadastradas através do site <https://cirurgiasegura.com/>, confirmadas pela equipe de auditoria. Caso sejam constatadas inconsistências na contratação através de documentação inerente à intercorrência notificada, o processo poderá ser indeferido por não conformidade com o Contrato de Prestação de Serviço Complementar.

Cláusula 31ª. A **CONTRATANTE** poderá, no prazo de 30 (trinta) dias da ciência do relatório da auditoria, interpor recurso requerendo reanálise.

Cláusula 32ª. Os honorários médicos serão analisados separadamente da conta aberta do hospital, tendo como referência a tabela CBHPM 16 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos) com adicional de 30% (trinta por cento). Para análise de SADT (Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia) será considerada a tabela CBHPM 16 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos) com adicional de 20%.

Cláusula 33ª. As despesas pela prestação dos serviços hospitalares não realizados na rede credenciada da CONTRATADA serão referenciadas dentro das seguintes tabelas:

- a) Tabela Referência Para Reembolsos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>, para diárias e taxas hospitalares e gases medicinais.
- b) Tabela Complementar Para Reembolsos de honorários médicos, consultas, remoções, hemoderivados, materiais e medicamentos disponível no site <https://admin.cirurgiasegura.com/tables-download>.

Cláusula 34ª. ARQUIVAMENTO: Quando não enviada a documentação necessária para análise do processo de intercorrência, disposta no ANEXO I, no prazo estabelecido para o tratamento da intercorrência conforme disposto na Cláusula 10ª, o processo será indeferido.

DO PROCESSAMENTO DE DADOS

DEFINIÇÕES

Cláusula 35ª. Expressões utilizadas em contrato, tais como, titular dos dados, dados pessoais, tratamento, violação de dados pessoais, dado sensíveis, banco de dados, titular, controlador, encarregado, agentes de tratamento, eliminação etc., serão interpretadas com base no significado atribuído a elas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei 13.709/18).

IDENTIFICAÇÃO DOS AGENTES DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS NO PRESENTE CONTRATO

Cláusula 36ª. A CONTRATADA atuará como “controladora conjunta” de dados pessoais recebidos do CONTRATANTE, podendo subcontratar o “operador” de dados, ambos no sentido estrito da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

OBJETO, FINALIDADE E DURAÇÃO DO TRATAMENTO

Cláusula 37ª. A CONTRATADA efetuará o tratamento de dados pessoais oriundos da prestação do serviço existente perante a CONTRATANTE, tais como nomes, dados de RG, de CPF, de endereço, e outros dados pessoais, ou quaisquer outros DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS necessários ao cumprimento do contrato, mediante TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COMPARTILHAMENTO E TRATAMENTO DE INFORMAÇÕES DE DADOS SENSÍVEIS, tendo como prazo enquanto durar a prestação do serviço contratado.

Cláusula 38ª. A CONTRATADA concorda que os dados divulgados pelo CONTRATANTE serão tratados com a finalidade específica de promover a realização de AUDITORIA MÉDICA para fins de atendimento de intercorrência médica nos termos deste contrato.

Cláusula 39ª. A CONTRATADA se compromete a efetuar o tratamento dos dados pessoais apenas para os fins acordados, salvo para atender à determinação legal e/ou judicial.

Cláusula 40ª. A CONTRATADA se compromete a manter o registro dos dados pessoais gerenciados em seu banco de dados por até 1 (um) anos após o encerramento do presente pacto, tendo em vista a possibilidade de se discutir eventual responsabilidade pós-contratual.

DIREITOS DO TITULAR

Cláusula 41ª. Obriga-se a CONTRATADA a assegurar o exercício de direito dos titulares e da CONTRATANTE de dados pertinentes à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, e que sejam pertinentes aos dados objeto do presente contrato.

Cláusula 42ª. A CONTRATADA tem ciência que os TITULARES DE DADOS podem requerer a confirmação de existência do tratamento, o acesso, a correção, a portabilidade e a eliminação dos dados pessoais mantidos perante a CONTRATADA, bem como a possibilidade de não fornecer consentimento, mesmo diante as consequências da sua negativa, além de poder revogar o consentimento anteriormente concedido, sob pena de inviabilizar o cumprimento do contrato nos termos do artigo 7º, V, da lei nº 13.709/2018.

Cláusula 43ª. É dever da CONTRATADA informar imediatamente à CONTRATANTE caso alguma informação seja solicitada pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados ANPD ou por meio de decisão judicial, relativos ao tratamento de dados que constituem objeto do presente contrato.

Cláusula 44ª. Caso seja solicitada uma declaração clara e completa, que indique a origem dos dados, a inexistência de registro, os critérios utilizados e a finalidade do tratamento, observados os segredos comercial e industrial, em formato este que permita a sua utilização subsequente, a CONTRATADA deverá enviá-la em até 15 (quinze) dias, contados da data do requerimento do CONTRATANTE ou do titular de dados, nos moldes do artigo 19, II, da Lei nº 13.709/2018.

Cláusula 45ª. A CONTRATADA se obriga a prestar assistência suficiente para assegurar à CONTRATANTE o cumprimento das obrigações assumidas no presente termo, bem como as obrigações legais da CONTRATANTE perante os titulares dos dados e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

DO FORO DE ELEIÇÃO

Cláusula 46ª. Fica eleito o foro de Brasília/DF para dirimir dúvidas do presente contrato.

Por estarem justos e acertados, assinam o presente contrato em conjunto com as testemunhas, em duas vias de igual teor e forma.

Brasília – DF, {{dateDescription}}.

CONTRATANTE – {{contractorName}}

CONTRATADA - ANADEM S.A.

TESTEMUNHAS:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

ANEXO I
DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA REEMBOLSO
DE INTECORRÊNCIA

1. ABERTURA DE INTERCORRÊNCIA:

1.1. Relatório médico legível com hipótese diagnóstica e conduta médica relacionada à intercorrência com data e hora da constatação (assinado e carimbado).

2. CONSULTA MÉDICA:

- 2.1. Evolução da consulta;
- 2.2. Prescrição médica (caso tenha utilizado medicamentos dentro do ambiente hospitalar ou realizado exames);
- 2.3. Detalhamento de despesas (fatura);
- 2.4. Nota fiscal;
- 2.5. Dados bancários para reembolso;
- 2.6. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 2.7. Documento de identificação com foto do paciente (frente e verso).

3. EXAMES:

- 3.1. Resultados dos exames laboratoriais;
- 3.2. Laudos dos exames de imagens;
- 3.3. Nota fiscal;
- 3.4. Dados bancários para reembolso;
- 3.5. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 3.6. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

4. CIRURGIA:

- 4.1. Boletim anestésico;
- 4.2. Descrição cirúrgica;
- 4.3. Evoluções médicas e de enfermagem;
- 4.4. Folha de gastos do centro cirúrgico;
- 4.5. Detalhamento de despesas (fatura hospitalar);
- 4.6. Prescrição médica e de enfermagem;
- 4.7. Caso haja necessidade de transfusão de hemocomponentes:
 - 4.7.1. Exame de Hemograma;
 - 4.7.2. Comprovante de transfusão com o lacre;
 - 4.7.3. Documento do Banco de Sangue.
- 4.8. Nota fiscal;
- 4.9. Dados bancários para reembolso;
- 4.10. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 4.11. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

5. INTERNAÇÃO:

- 5.1. Prescrição médica;
- 5.2. Evoluções médicas e de enfermagem;
- 5.3. Resultados dos exames caso tenha realizado;
- 5.4. Detalhamento de despesas (fatura);
- 5.5. Caso haja necessidade de transfusão de hemocomponentes:
 - 5.5.1. Exame de Hemograma;
 - 5.5.2. Comprovante de transfusão com o lacre;
- 5.6. Nota fiscal;
- 5.7. Dados bancários para reembolso;
- 5.8. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 5.9. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

6. TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES:

- 6.1. Exame de Hemograma;
- 6.2. Comprovante de transfusão com o lacre;
- 6.3. Nota fiscal;
- 6.4. Dados bancários para reembolso;
- 6.5. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)
- 6.6. Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

7. TRANSPORTE EM AMBULÂNCIA – (até 100km e no máximo três trechos)

- 7.1. Relatório de transporte do paciente carimbado e assinado pelo responsável da remoção, médico ou enfermeiro, conforme o tipo de remoção realizada;
- 7.2. Nota fiscal;
- 7.3. Dados bancários para reembolso;
- 7.4. Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID. (Documento fornecido pelo Cirurgia Segura para pagamento a terceiros)

O envio da documentação completa é essencial para a agilidade na análise e conclusão do processo.

Em caso de dúvidas, por favor entre em contato com o Setor de Auditoria através do telefone 0800-61-3333.

ANEXO II
TABELA DE REFERÊNCIA PARA REEMBOLSOS E TABELA COMPLEMENTAR PARA REEMBOLSOS

DESCRIÇÃO	Unid.	VALORES EM R\$		
		Hosp. Dia/Hosp. Pequeno Porte*	Hosp. Médio Porte**	Hosp. Grande Porte/Porte Especial***
DIÁRIA COMPACTA DE ENFERMARIA DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO (PACOTE)	DIÁRIA	1047,26	1277,15	1557,50
DIÁRIA COMPACTA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO (PACOTE)	DIÁRIA	759,10	925,73	1128,94
DIÁRIA COMPACTA DE UTI ADULTO GERAL (PACOTE)	DIÁRIA	3031,04	3696,40	4507,80
DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	DIÁRIA	472,34	576,03	702,47
DIÁRIA DE ENFERMARIA DE 3 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	DIÁRIA	306,28	373,51	455,50
DIÁRIA DE UTI ADULTO GERAL	DIÁRIA	1480,04	1804,93	2201,13
ALIMENTAÇÃO ENTERAL, PREPARO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	64,38	78,52	87,24
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL, PREPARO, NA UTI/SEMIUTI	USO	196,18	239,24	265,82
TAXA DE INSTALAÇÃO DE SORO EV	USO	14,67	16,30	17,91
TAXA DE INSTALAÇÃO DE SORO SUBCUTÂNEO	USO	15,49	17,21	18,91
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1044,23	1160,25	1275,00
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, NA UTI/SEMIUTI, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EV, NO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, NA UTI/SEMIUTI, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO IM, NO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, NA UTI/SEMIUTI, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, NO CENTRO CIRÚRGICO, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA EPIDURAL, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA RETAL, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE APLICAÇÃO VIA VESICAL, POR USO/SESSÃO	USO	19,43	21,59	23,72
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	12,33	13,70	15,06
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, NA UTI/SEMIUTI	USO	12,33	13,70	15,06
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	12,33	13,70	15,06
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07

TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL CONTÍNUA, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NA UTI/SEMIUTI	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE ASPIRAÇÃO ORO/TRAQUEAL INTERMITENTE/SESSÃO, À VÁCUO, NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	13,16	14,62	16,07
TAXA DE NECROTÉRIO, POR USO	USO	139,23	154,70	170,00
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA CIRÚRGICA, PEQUENA CIRURGIA AMBULATORIAL	USO	252,24	280,27	307,99
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	USO	264,54	293,93	323,00
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 1	USO	371,51	412,79	453,62
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 2	USO	586,37	651,52	715,96
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 3	USO	791,78	879,76	966,77
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 4	USO	923,92	1026,58	1128,11
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 5	USO	1250,02	1388,91	1526,28
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 6	USO	1517,40	1686,00	1852,75
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7	USO	1750,11	1944,57	2136,89
TAXA DE SALA CIRÚRGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	USO	96,81	107,56	118,20
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO NASOENTERAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO NASOENTERAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO NASOENTERAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO OROENTERAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO OROENTERAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO OROENTERAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO RETAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO RETAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO RETAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VAGINAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VAGINAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VAGINAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VESICAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VESICAL NA UTI/SEMIUTI	USO	36,36	40,39	44,39
TAXA POR USO/SESSÃO DE SONDAGEM / CATETERISMO VESICAL NO CENTRO CIRÚRGICO	USO	36,36	40,39	44,39
ALUGUEL/TAXA DE APARELHO DE POLIMENTO ARTICULAR, POR USO	USO	42,87	47,63	52,34
ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR À VÁCUO, POR USO	USO	47,49	52,76	57,98
ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR CIRÚRGICO, POR USO	USO	47,49	52,76	57,98
ALUGUEL/TAXA DE BIOMICROSCÓPIO ESPECULAR, POR USO	USO	142,89	158,77	174,47
ALUGUEL/TAXA DE BISTURI BIPOLAR, POR USO	USO	71,45	79,39	87,24
ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ELÉTRICO MONOPOLAR, POR USO	USO	52,16	57,96	63,69
BOMBA DE INFUSÃO, POR DIA	DIÁRIA	71,45	79,39	87,24
TAXA DE MICROSCÓPIO OFTALMOLÓGICO, POR USO	USO	142,89	158,77	174,47
RESPIRADOR, POR HORA	HORA	18,58	20,65	22,69
ALUGUEL / TAXA DO YAG LASER, POR USO	USO	21,06	23,41	25,72
ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO, POR USO	USO	138,17	153,53	168,71
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO MULTIPARÂMETRO, POR HORA	HORA	11,74	13,05	14,34
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE CAPNÓGRAFO, POR DIA	DIÁRIA	46,44	51,60	56,70
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, POR DIA	DIÁRIA	7,14	7,94	8,72
TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE TONOMETRIA, POR DIA	DIÁRIA	7,14	7,94	8,72

TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (ALMOÇO OU JANTAR)	DIÁRIA	17,20	19,11	21,00
TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (CAFÉ DA MANHÃ OU CAFÉ DA TARDE)	DIÁRIA	8,03	8,92	9,80
TAXA DE REGISTRO AMBULATORIAL/PRONTOSOCORRO, POR ATENDIMENTO	USO	17,86	19,85	21,81
TAXA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO	USO	123,84	137,60	151,21
TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA / PS, ATÉ 6 HORAS	USO	35,72	39,69	43,62
TAXA DO LASER CIRÚRGICO, POR USO	USO	142,89	158,77	174,47
TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO GRANDE	USO	46,68	51,87	57,00
TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO MÉDIO	USO	40,13	44,59	49,00
TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO	USO	33,58	37,31	41,00
DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD (PACOTE)	DIÁRIA	1228,79	1498,53	1827,47
AR COMPRIMIDO, POR HORA	HORA	8,72	8,99	9,17
GÁS CARBÔNICO, POR HORA	HORA	38,39	39,58	40,39
NEBULIZAÇÃO / MÁSCARA COM OXIGÊNIO, POR HORA	HORA	7,99	8,23	8,40
NEBULIZAÇÃO / MÁSCARA, COM ÓXIDO NITROSO, POR HORA	HORA	24,39	25,15	25,66
NEBULIZAÇÃO/MÁSCARA COM AR COMPRIMIDO E OXIGÊNIO, POR HORA	HORA	10,27	10,58	10,80
NITROGÊNIO, POR HORA	HORA	14,14	14,57	14,87
ÓXIDO NÍTRICO, POR HORA	HORA	75,27	77,60	79,18
ÓXIDO NITROSO, POR HORA	HORA	54,66	56,35	57,50
OXIGÊNIO, POR HORA	HORA	18,06	18,62	19,00
DIÁRIA DE HOSPITAL DIA, INDEPENDENTE DE ACOMODAÇÃO	DIÁRIA	179,53	218,94	267,00
ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO), POR USO	USO	35,72	39,69	43,62
ALUGUEL / TAXA DE ELETROCARDIOGRAFO, POR USO	USO	18,58	20,65	22,69
ALUGUEL/TAXA DE RAIOS X NO CENTROCIRÚRGICO, POR USO	USO	142,85	158,72	174,42
HORA EXCEDENTE APARTAMENTO STANDARD	HORA	19,86	24,22	29,54
HORA EXCEDENTE UTI ADULTO GERAL	HORA	64,10	78,17	95,33
HORA EXCEDENTE ENFERMARIA	HORA	12,48	15,22	18,56
PACOTE DRENAGEM DE HEMATOMA (diária apartamento, taxas, materiais e medicamentos)	USO	1744,46	1744,46	1744,46
PACOTE DRENAGEM DE SEROMA (diária apartamento, taxas, materiais e medicamentos)	USO	1324,19	1324,19	1324,19
PACOTE RESSUTURA (diária apartamento, taxas, materiais e medicamentos)	USO	1744,46	1744,46	1744,46

DESCRIÇÃO	Unid.	Hosp. Dia/Hosp. Pequeno Porte*	Hosp. Médio Porte**	Hosp. Grande Porte/Port e Especial* **
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	USO	299,89	365,72	446,00
CONSULTA COM MÉDICO ESPECIALISTA PARA DIAGNÓSTICO/TRATAM. DE INTERC.	USO	455,00	455,00	455,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN1-3A	USO	604,00	604,00	604,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN2-3C	USO	920,00	920,00	920,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN3-4C	USO	1200,00	1200,00	1200,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN4-6B	USO	2100,00	2100,00	2100,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN5-7C	USO	3200,00	3200,00	3200,00
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN6-9B	USO	4291,14	4291,14	4291,14
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN7-10C	USO	5282,48	5282,48	5282,48
HONORÁRIO ANESTESISTA PORTE ANEST. AN8-12A	USO	6301,82	6301,82	6301,82
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	USO	1250,00	1250,00	1250,00
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	USO	1125,00	1125,00	1125,00
UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO	USO	1125,00	1125,00	1125,00
UNIDADE DE PLASMA FRESCO	USO	1125,00	1125,00	1125,00
FILTRO DE REMOÇÃO LEUCÓCITOS PARA HEMÁCIAS	USO	709,00	709,00	709,00
FILTRO DE REMOÇÃO LEUCÓCITOS PARA PLAQUETAS	USO	800,00	800,00	800,00

LASERTERAPIA PARA TRATAMENTO DE FERIDAS PÓS-OPERATÓRIAS (máximo 10 sessões)	USO	100,00	100,00	100,00
HONORÁRIOS MÉDICOS (EXCETO CIRURGIÃO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA PRINCIPAL)	USO	CBHPM 16 + 30%	CBHPM 16 + 30%	CBHPM 16 + 30%
MEDICAMENTOS (USO EM AMBIENTE HOSPITALAR)	USO	BRASÍNDICE PF	BRASÍNDICE PF + 16%	BRASÍNDICE PMC
MEDICAMENTOS RESTRITO HOSPITALAR	USO	BRASÍNDICE PF	BRASÍNDICE PF + 16%	BRASÍNDICE PMC
MATERIAIS (EXCETO EPI)	USO	SIMPRO PF	SIMPRO PF + 16%	SIMPRO PMC
SADT	USO	CBHPM 16 + 20%	CBHPM 16 + 20%	CBHPM 16 + 20%
REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA SIMPLES (TIPO B - PORTARIA MS 2048/2002) ADULTO ATÉ 100 KM	USO	800,00	800,00	800,00
REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA UTI ADULTO (TIPO D - PORTARIA MS 2048/2002) ATÉ 100 KM	USO	1100,00	1100,00	1100,00
FILME	M²	31,59	31,59	31,59
MATERIAIS ESPECIAIS (PARA TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA E COM JUSTIFICATIVA TÉCNICA MÉDICA)	UNID	NF + 5%	NF + 7%	NF + 10%
HONORÁRIO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	USO	O Honorário de Instrumentação Cirúrgica será pago/reembolsado na proporção de 10% (dez por cento) do valor do honorário médico do cirurgião principal conforme porte anestésico previsto na CBHPM 16 + 30%, desde que a ocorrência do instrumentador seja registrada no respectivo Boletim Anestésico. O valor independe do porte hospitalar e do tipo de acomodação utilizada pelo paciente, ou seja, não incidem sobre essa taxa acréscimos a que podem estar sujeitos os honorários cirúrgicos em casos de pacientes internados.		

Classificação de porte hospitalar: *até 50 leitos / **de 51 a 150 leitos / ***acima de 150 leitos

Significados:	
SADT - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	PF - Preço de Fábrica
EPI - Equipamento de Proteção Individual	PMC - Preço Máximo Consumidor
CBHPM - Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos	BASÍNDICE - Guia Farmacêutico BRASÍNDICE
SIMPRO - Tabela Referência Para Materiais Hospitalares	NF - Nota Fiscal

ANEXO III

PACIENTE: {{patientName}}

NASC.: {{birthday}}

HOSPITAL: {{hospital}}

SEXO: {{sex}}

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COMPARTILHAMENTO E TRATAMENTO DE INFORMAÇÕES E DADOS SENSÍVEIS DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

Definição: Este termo tem por objeto de garantir ao paciente, em vida, seu consentimento expresso à divulgação do prontuário médico completo referente ao atendimento realizado na instituição supracitada.

Finalidade do Tratamento de Dados: O Tratamento de Dados se refere a realização de auditoria técnica e administrativa com a análise documental de **prontuário médico, evoluções, prescrições, resultados de exames de diagnóstico, fatura hospitalar e qualquer outro documento** (constante no ANEXO I do Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura do paciente) que seja necessário para a verificação do nexa causal da intercorrência com a cirurgia realizada e a relação com a conduta e/ou tratamento solicitados, bem como as quantidades de materiais, medicamentos e taxas hospitalares de acordo com as tabelas de referência para pagamento ou reembolso de uma intercorrência protegida pelo cirurgia segura. O tratamento de dados se estenderá pelo período da internação até a finalização dos processos administrativos de reembolso.

Por este instrumento, o **TITULAR DE DADOS**, de maneira livre, consciente, informada e inequívoca, **CONCORDA** com o tratamento de seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis para as finalidades aqui delineadas e **AUTORIZA** a empresa abaixo relacionada como **CONTROLADORA CONJUNTA DE DADOS** a receber informações sobre sua evolução do estado de saúde de antes e de durante todo o período de internação:

CONTROLADORA CONJUNTA DE DADOS: ANADEM S.A. – CIRURGIA SEGURA**CNPJ:** 03.432.472.0001/01**VÍNCULO:** Contrato de prestação de serviço.**TELEFONE PARA CONTATO:** 0800-61-3333.

- 1 - Fui esclarecido(a) que a CONTROLADORA não poderá, com base no consentimento outorgado pelo TITULAR, utilizar os dados pessoais tratados com finalidades diversas das previstas neste termo, sob pena do tratamento ser considerado ilegal, nos termos da Lei nº 13.709/2018.
- 2 - Fui esclarecido(a) de que, a qualquer momento, posso ter acesso, modificar, corrigir as informações prestadas e coletadas, além revogar totalmente esta autorização a qualquer tempo.
- 3 - Fui esclarecido(a) de que, em caso de RECUSA no fornecimento de dados pessoais e/ou dados pessoais sensíveis ou pela REVOGAÇÃO da autorização, importa na rescisão imediata dos termos do Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura, desobrigando ao cumprimento de suas cláusulas, direitos e obrigações pela ausência de dados necessários ao seu cumprimento
- 4 - Fui cientificado(a) que por determinação legal e sem que implique violação ao sigilo médico as doenças de notificação compulsória serão comunicadas às autoridades competentes.
- 5 - A ANADEM, como CONTROLADORA CONJUNTA de dados concorda e garante que todos os dados pessoais e/ou sensíveis serão objeto de coleta regular, com tratamento em conformidade com as diretrizes da LGPD, normas do Conselho Federal de Medicina – CFM, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e demais normas de privacidade e proteção de dados aplicáveis. E utilizará todas as ferramentas de controle e gerenciamento de acessos disponíveis, sendo de sua exclusiva responsabilidade o monitoramento, a documentação e o registro de todas as operações de tratamento de dados que realizar, tanto em ambiente físico como digital. A CONTROLADORA comunicará ao TITULAR, no prazo definido pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD, a eventual ocorrência de incidente de segurança que possa lhe acarretar risco ou dano relevante.
- 6- O TITULAR DE DADOS em se tratando de terceiro beneficiário, neste ato declara que concorda e anui de forma total e inequívoca com os termos, direitos e obrigações dispostos no Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura, nos moldes do parágrafo único do artigo 436, do Código Civil.

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

Nome legível: _____

CPF nº: _____

Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo (obrigatório nos casos de representação): _____

Assinatura