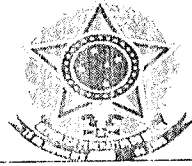


PROTOCOLO GERAL  
NUP Nº 64583.011276/2023-97



INEXIGIBILIDADE  
Nº -HMAR

MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)

**APENSO 49**  
**TC 49/2025**

**SEÇÃO DE CREDENCIAMENTO E CONTRATOS FUSEX**

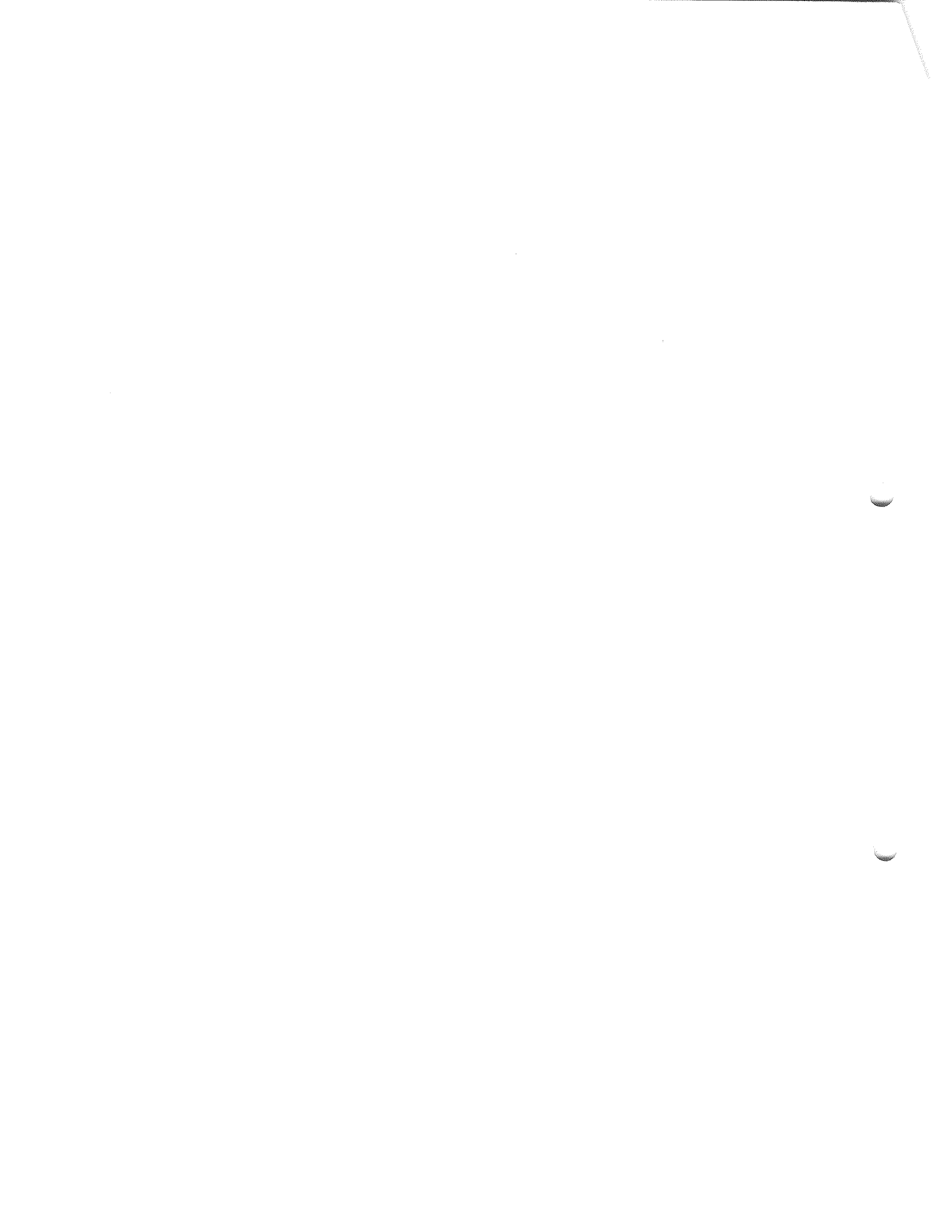
**OBJETO:** Credenciamento de OCS/PSA para prestação de serviços de saúde.

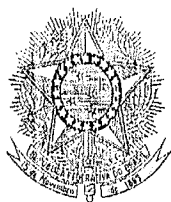
**INTERESSADO:** HMAR + OCS

**ANEXOS:** Documentos diversos.

**MOVIMENTO DO PROCESSO**

|    | DESTINO | DATA | DESTINO | DATA |
|----|---------|------|---------|------|
| 1  |         |      |         | 28   |
| 2  |         |      |         | 29   |
| 3  |         |      |         | 30   |
| 4  |         |      |         | 31   |
| 5  |         |      |         | 32   |
| 6  |         |      |         | 33   |
| 7  |         |      |         | 34   |
| 8  |         |      |         | 35   |
| 9  |         |      |         | 36   |
| 10 |         |      |         | 37   |
| 11 |         |      |         | 38   |
| 12 |         |      |         | 39   |
| 13 |         |      |         | 40   |
| 14 |         |      |         | 41   |
| 15 |         |      |         | 42   |
| 16 |         |      |         | 43   |
| 17 |         |      |         | 44   |
| 18 |         |      |         | 45   |
| 19 |         |      |         | 46   |
| 20 |         |      |         | 47   |
| 21 |         |      |         | 48   |
| 22 |         |      |         | 49   |
| 23 |         |      |         | 50   |
| 24 |         |      |         | 51   |
| 25 |         |      |         | 52   |
| 26 |         |      |         | 53   |
| 27 |         |      |         | 54   |



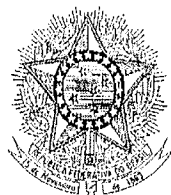


MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)

**TERMO DE ABERTURA DE APENSO**

Aos 20 dias do mês de novembro de dois mil e vinte e cinco, na cidade de Recife, no estado de Pernambuco, procedemos a abertura deste apenso nº 49 do processo nº 64583.011276/2023-97, contendo \_\_\_\_ folhas, que se inicia com a folha nº **01** para constar, eu 1º Ten (Idt 070798797-0 MD/EB) **ISADORA QUEIROZ ALVES DA COSTA**, Adjunto SCCFUSEX subscrevo e assino.

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)

### TERMO DE AUTUAÇÃO

Aos vinte dias do mês de novembro de dois mil e vinte e quatro, na cidade de Recife, no estado de Pernambuco, procedemos a autuação do processo sob NUP: 64583.011276/2023-97, que trata da Inexigibilidade de Licitação para Credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) de baixa e média complexidade e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para a prestação de serviços de saúde, visando atender de forma suplementar, complementar e contínua naquilo que não for possível realizar nas instalações do H Mil A Recife, constituído inicialmente com (\_\_\_\_) folhas, devidamente numeradas e rubricadas:

- 1) Termo de Abertura de Apenso: fl ( 02 )
- 2) Termo de Autuação: fl ( 03 a \_\_\_\_\_ )
  - 3) Check List: fl ( 04 a \_\_\_\_\_ )
  - 4) Requerimento para o credenciamento: fl ( 05 )
  - 5) Ficha Cadastro: fl ( 06 a 07 )
  - 6) Proposta de serviços: fl ( 08 )
  - 7) Relação do corpo clínico: fl ( 08 a 09 )
  - 8) Declaração de fatos impeditivos: fl ( 10 )
  - 9) Declaração do trabalho de menor: fl ( 11 )
  - 10) Declaração de ausência de servidor no quadro funcional: fl ( 12 )
  - 11) Cédula de identidade do (s) representante (s) legal (is): fl ( 13 )
  - 12) JUCEPE: fl ( 14 a 24 )
  - 13) Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica: fl ( 25 )
  - 14) SICAF: ( 26 )
  - 15) Prova de regularidade conjunta com a fazenda federal e dívida ativa da união: fl ( 27 )

(28)

16) Prova de regularidade com fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS): fl

17) Prova de regularidade com a justiça do trabalho: fl (29)

18) CEIS – Cadastro nacional de empresas inidôneas e suspensas: fl (30)

19) CNJ – Improbidade administrativa e inelegibilidade: fl (31)

20) Alvará de vigilância sanitária: fl (32)

21) Alvará de localização: fl (33)

22) Responsabilidade técnica: fl (34)

23) Avaliação de instalações: fl (35 a 38)

**ISADORA QUEIROZ ALVES DA COSTA – 1º Ten**  
Adjunto SCCFUSEX

## CHECK LIST - Credenciamento de Pessoa Jurídica (OCS)



NOME DA OCS: VP IMAGEM

Para o credenciamento de Organização Civil de Saúde (OCS) - **Pessoa Jurídica**, é necessária a apresentação dos documentos abaixo relacionados em cópias reprográficas devidamente autenticadas ou originais:

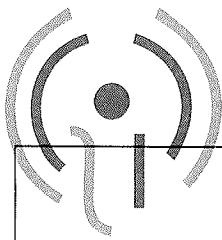
| Nº | ITENS PARA CONFERÊNCIA  | SIM | NÃO | OBSERVAÇÃO |
|----|---|-----|-----|------------|
| 01 | Requerimento para o credenciamento (ANEXO)  | x   |     |            |
| 02 | Ficha Cadastro (ANEXO).   | x   |     |            |
| 03 | Proposta de Serviços para o credenciamento, datada e assinada pelo representante legal (ANEXO).   | x   |     |            |
| 04 | <b>Relação de membros do corpo clínico</b> datada e assinada pelo responsável técnico contendo os seguintes dados:<br><br>Nome completo;<br><br>Especialidade clínica;<br><br>Número no registro de classe. | x   |     |            |
| 04 | Declaração de Fatos Impeditivos (ANEXO).  | x   |     |            |
| 05 | Declaração do Trabalho de Menor (ANEXO).  | x   |     |            |
| 06 | Declaração de Ausência de Servidor no Quadro Funcional (ANEXO).   | x   |     |            |
| 07 | Cédula de identidade do (s) representante (s) legal (is).   | x   |     |            |
| 09 | <b>Ato constitutivo, estatuto ou Contrato Social em vigor</b> , com a última alteração, devidamente <u>registrado</u> em <b>JUNTA COMERCIAL</b> .   |     |     |            |
| 12 | Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica (CNPJ).   | x   |     |            |
| 13 | Comprovante de cadastramento no SICAF.  |     |     |            |
| 14 | Prova de Regularidade conjunta com a <b>Fazenda Federal e Dívida Ativa da União</b> .   | x   |     |            |
| 18 | Prova de Regularidade com Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).  | x   |     |            |
| 19 | Prova de Regularidade com a <b>Justiça do Trabalho</b> .  | x   |     |            |
| 21 | <b>CEIS</b> - Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas.  |     |     |            |
| 22 | <b>CNJ</b> de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade.   |     |     |            |

|    |  |   |  |  |
|----|--|---|--|--|
| 25 | <b>Alvará da Vigilância Sanitária</b> emitido pela Secretaria de Saúde.  | X |  |  |
| 26 | <b>Alvará de Localização</b> expedido pela Prefeitura no município sede do interessado.  | X |  |  |
| 27 | Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo.<br>Documentação do responsável técnico da OCS:<br>RG e CPF;<br>Certificado de especialidade;<br>Registro no Conselho de Classe. |   |  |  |

Recife - PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

\_\_\_\_\_  
 (Nome Completo Membro CEC - Posto/Graduação)

\_\_\_\_\_  
 (Nome Completo Presidente CEC - Posto/Graduação)



**UP IMAGEM**  
Centro de Diagnóstico



**ANEXO IX**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

Ao Sr(a). Diretor do Hospital Militar de Área de Recife

A Empresa (ou Associação, Instituição, etc.),CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA, estabelecida à Rua PRAÇA DO DERBY , nº177,DERBY,CEP 52.040,140, na cidade de RECIFE -Estado PE, 21220400 inscrita no CNPJ/MF sob o nº 0300.78.32.0001-28, na condição de Organização Civil de Saúde (OCS) inscrita no \_\_\_\_\_ (Órgão ou Conselho Fiscalizador)\_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_, vem requerer seu credenciamento para prestar serviços de saúde aos beneficiários do SAMMED, FUSEx, SAME-Cmb e PASS, nas especialidades de DIAGNOSTICO POR IMAGEM.

Disponibilizamos os seguintes meios para prestar quaisquer esclarecimentos relativos à esta proposta, bem como para agendamento da vistoria técnica: telefone (81) 99246-5788 (ANA REJANE - FATURAMENTO).

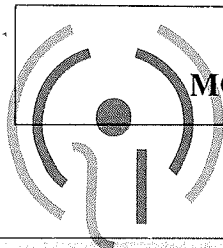
Para efeito deste requerimento, seguem anexos os documentos especificados no Edital o credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) de Alta Complexidade do HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE, com o qual esta empresa (ou Associação, Instituição, etc.) declara estar de pleno acordo em todas as suas cláusulas e condições.

Designado para representar legalmente e a intervir pelo(a) CENTRO DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA, o Sr(a) MARIA DO SOCORRO SILVA BELO RG 176.3188 SSSP PE, constando também em anexo a credencial que o autoriza a participar deste procedimento administrativo.

Recife - PE, 23 de SETEMBRO DE 24.

MARIA DO SOCORRO SILVA BELO  
RG 176.3188 SSP PE

EM BRANCO



ANEXO X  
MODELO DE FICHA CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA - OCS



**FICHA CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA**

|  |  |
|--|--|
| <b>Razão Social:</b><br><b>UP IMAGEM</b> | CENTRO DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA                                      |
| <b>Nome de Fantasia:</b>                 | UP IMAGEM CENTRO DE DIAGNOSTICO LTDA                                     |
| <b>CNPJ:</b>                             | 03007832000128   |
| <b>Especialidade Principal:</b>          | SERVIÇOS DE IMAGEM   |
| <b>Diretor(a):</b>                       | DRA MARIA DO SOCORRO SILVA BELO  |
| <b>Endereço Sede:</b>                    | Rua PRAÇA DO DERBY , nº177, Complemento, CEP 52010.140,cidade_RECIFE PE. |
| <b>Telefone Geral:</b>                   | (81 21220400   |
| <b>FAX Geral:</b>                        | ( ) _____ - _____  |
| <b>E-mail Geral:</b>                     | faturamento@upimagemdiagnostico.com.br                                   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Domicílio bancário para pagamento:</b> | Agência: 0050 banco BTG<br>Conta Corrente: 531508-1 |
|---|---|

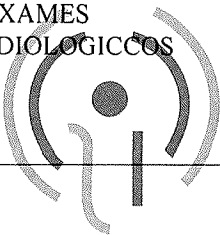
**CONTATOS**

| Setor                                | Responsável                     | Telefone           | FAX             | e-mail  |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------|---|
| <b>Direção</b>                       | Maria do socorro silva belo     | (81) 21220422 ____ | ( ) ____ - ____ | socorrobelo@cdjrs.com.br                          |
| <b>Setor de Contratos /Convênios</b> | Ana Rejane de v leite           | (81) 99246-5788    | ( ) ____ - ____ | faturamento@upimagemdiagnostico.com.br            |
| <b>Setor de Faturamento</b>          | Ana Rejane de Vasconcelos leite | (81) 9924-65788    | ( ) ____ - ____ | faturamento@upimagemdiagnostico.com.br            |
| <b>Emissão de Notas Fiscais</b>      | Ana Rejane de Vasconcelos leite | (81) 99246-5788    | ( ) ____ - ____ | faturamento@upimagemdiagnostico.com.br<br>@ _____ |

**LOCAIS DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS**

| Serviços   | Local  | Horário de Atendimento                                  |
|--|--|---|
| 1)RADIOLOGIA GERAL<br>2)ULTRASSONOGRRAFIA<br>3)DENSITOMETRIA OSSEA<br>4-MAMOGRAFIA<br>5-FUNCAO PULMONAR<br>6-LETRONEUROMIOGRAFIA<br>7-ELETROENCEFALOGRAMA<br>8-PUNCAO BIOPSIA<br>9-TOMOGRRAFIA | PRACA DO DERBY 177 RECIFE PE CEP 52.010.140<br><br>Praça do Derby, 177 - Derby. Recife - PE - CEP: 52010-140<br>☎ 81. 2122.0400 - contato@upimagemdiagnostico.com.br | SEG A SEXTA 06.30 AS 18.00H<br>SABADOS 0 6.30 AS 12,00H |

EM BRANCO



Recife - PE, 23 de SETEMBRO de 2024.

**UP IMAGEM**  
Centro de Diagnóstico

*Maria do Socorro Silva Belo*  
MÁRIA DO SOCORRO SILVA BELO

RG 176,3188 SSP PE

EM BRANCO



**UP IMAGEM**  
Centro de Diagnóstico

**ANEXO XI**



**A) SERVIÇOS**

Disponibilizamos os seguintes serviços aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb e PASS:

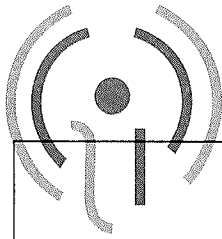
| <b>CÓDIGO TABELA</b> | <b>SERVIÇO</b>  | <b>OBSERVAÇÃO</b> |
|----------------------|---|-------------------|
| CBHPM                | RADIOLOGIA GERAL  |                   |
| CBHPM                | ULTRASSONOGRRAFIA   |                   |
| CBHPM                | MAMOGRAFIA  |                   |
| CBHPM                | DENSITOMETRIA OSSEA   |                   |
| CBHPM                | FUNCAO PULMONAR   |                   |
| CBHPM                | PUNCAO BIOPSIA  |                   |
| CBHPM                | ELETRONEUROMIOGRAFIA  |                   |
| CBHPM                | ELETROENCEFALOGRAMA   |                   |
| CBHPM                | EXAMES CARDIOLOGICOS  |                   |
| CBHPM                | TOMOGRAFIA  |                   |
|                      | Obs.: Convém descrever todos os serviços, exames e/ou procedimentos a serem prestados |                   |

**B) CORPO CLÍNICO**

Informamos os profissionais que compõem o corpo clínico desta OCS, que atuam na realização dos serviços propostos:

| <b>NOME DO PROFISSIONAL</b>                   | <b>REGISTRO CONSELHO DE CLASSE</b> | <b>ESPECIALIDADE</b>               |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| MARIA DO SOCORRO SILVA BELO                   | 8199                               | RADIOLOGIA GERAL                   |
| MIRELLE MARIA OALMEIRA MEDEIROS LEITE DE LIMA | 9991                               | RADIOLOGIA GERAL/ULTRASSONOGRRAFIA |
| LUANA ALMEIDA SILVA                           | 11717                              | ULTRASSONOGRRAFIA                  |
| PAULO HENRIQUE PEDROSO EZEQUIEL               | 16237                              | ULTRASSONOGRRAFIA                  |
| SAULO MONTENEGRO C DE ACIOLY                  | 14112                              | ULTRASSONOGRRAFIA                  |
| SHEILA OLIVIEIRA LALUCE                       | 13914                              | ULTRASSONOGRRAFIA                  |
| RENATA LANDIM                                 | 23756                              | ULTRASSONOGRRAFIA                  |

EM BRANCO



**UP IMAGEM**  
Centro de Diagnóstico



**ANEXO XII**

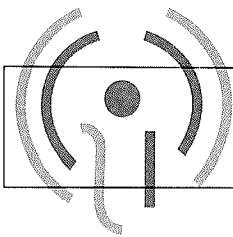
### **DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS**

**O CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA**, inscrita no CNPJ sob o nº 03007832000128 sediada na PRAÇA DO DERBY 177 DERBY RECIFE PE CEP 52010140 declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Recife - PE, 23 de SETEMBRO DE 2024

**MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**  
RG 176.3188 SSP PE

EM BRANCO



## ANEXO XIII




**UP IMAGEM**  
Centro de Diagnóstico

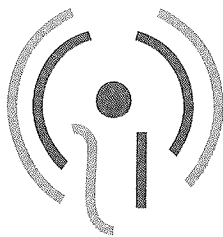
### DECLARAÇÃO DO TRABALHO DO MENOR

**O CENTRO DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA**, inscrita no CNPJ sob o nº 03007832000128, sediada na PRACA DO DERBY 177 RECIFE PE, declara, sob as penas da Lei, para os fins requeridos no inciso XXXIII, do Artigo 7º da Constituição Federal, consoante o que se estabeleceu no Artigo 1º, da Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não tem em seu quadro de empregados, menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como em qualquer trabalho, menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

Recife - PE, 23 SETEMBRO de 2024.

  
**MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**  
RG 176.3188 SSP PE

EM BRANCO



**UP IMAGEM**  
Centro de Diagnóstico



**ANEXO XIV**

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SERVIDOR NO QUADRO FUNCIONAL**

O CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA SA , inscrita no CNPJ sob o nº 03007832000128 sediada na PRACA DO DERBY 177 RECIFE PE CEP 52010140 declara, sob as penas da Lei, de que não há em seu quadro funcional (como funcionários, proprietários ou diretores), qualquer servidor, civil ou militar (da ativa, reconvocados ou prestadores de tarefa por tempo certo), conforme art. 14, IV da Lei nº 14.133/21.

Recife – PE 23 de 09 de 2024

\_\_\_\_\_  
MARIA DO SOCORRO SILVA BELO  
RG 176.3188 SSP PE

EM BRANCO

**PERNAMBUCO**

NOBRE  
**MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**1763188 SSP PE**

CPF  
**545.724.014-20**

DATA NASCIMENTO  
**07/01/1959**

PRENOME  
**MAURICIO CLEMENTE DA S  
 ILVA**

TERCEIRO DE JESUS DE  
 KRITO FIGUEIREDO

ESTADO CIVIL  
**VIUVA**

ACÓ  
**II**

CAT. NAB  
**II**

1º REGISTRO  
**01150776802**

VALIDADE  
**05/09/2025**

1ª HABILITAÇÃO  
**16/03/1981**

OBSERVAÇÕES

*João Antonio de Azevedo*

LOCAL  
**RECIFE, PE**

DATA EMISSÃO  
**06/08/2020**

*Roberto F. de Azevedo*  
 Diretor Presidente

16802385488  
 PE098281038

**PERNAMBUCO**

VALIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 2072253619

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 2072253619

**CARTÓRIO Andrade Lima**  
 Tabelião Público Filipe Andrade Lima S.º de Azevedo  
 Av. República de Libano, 251, Emerencial Bialler Trade Center, Torre 2, salas 1202 e 1204,  
 Pina, Recife/PE, CEP 51.110-160 Telefone: (011) 31317000 | Whatsapp: (011) 99116-0015  
 contato@cartorioandradelima.com.br | www.cartorioandradelima.com.br



Certifico ser autêntica a cópia desta face do documento original. Dou fé. Recife/PE, 01/10/2020.  
 Emol.: R\$2,99, TSNR: R\$0,70, FERC: R\$0,39, FERM: R\$0,04,  
 FUNSEG: R\$0,07, ISS: R\$0,18 Total: R\$4,51  
**CARLOS VICTOR SANTOS ACCIOLY RABELLO - TÉCNICO NOTARIAL**  
 Selo eletrônico: 0073510.ZHR09202003.01282  
 Consulte Autenticidade em: "www.tjpe.jus.br/selodigital"

EM BRANCO



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 6ª ALTERAÇÃO DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO JOSÉ ROCHA DE SÁ LTDA, TUDO CONSOANTE ABAIXO SE DECLARA:**



http://assinador.tscs.com.br/assinadorweb/autenticacaodocuments/autenticacao.aspx?chave=1=CS1ng10716shng0tj590achave2=81VYH0KZMAGXCK14FD1W  
ASSINADO DIGITALMENTE POR: 47740965472- LUCIANA LEITAO ROCHA DE SA/54572401420-MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

No presente instrumento particular de 6ª (Sexta) alteração da sociedade **CENTRO DE DIAGNÓSTICO JOSÉ ROCHA DE SÁ – LTDA.**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 03.007.832/0001-28, com sede no município do Recife, Estado de Pernambuco, na Praça do Derby, nº 177, bairro das Graças, CEP: 52.010-140, registrada na Junta Comercial do Estado de Pernambuco sob o NIRE nº 26201454086, em data de 24/05/2004, são partes:

**I- MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**, nacionalidade BRASILEIRA, nascida em 07/01/1959, DIVORCIADA, MÉDICA, CPF nº 545.724.014-20, CARTEIRA DE IDENTIDADE nº 1763188, órgão expedidor SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - PE, residente e domiciliada na AV 17 DE AGOSTO, 976, APTO 301, CASA FORTE, RECIFE, PE, CEP 52060590.

**II- LUCIANA LEITAO ROCHA DE SA**, nacionalidade BRASILEIRA, nascida em 27/02/1960, SEPARADA, EMPREENDEDORA, CPF nº 477.409.654-72, CARTEIRA DE IDENTIDADE nº 3031332, órgão expedidor SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - PE, residente e domiciliada na RUA FREI LEANDRO, 70, BOA VIAGEM, RECIFE, PE, CEP 51011600.

Sócias da sociedade limitada de nome empresarial **CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SÁ - LTDA**, registrada legalmente por contrato social devidamente arquivado nesta Junta Comercial do Estado de Pernambuco, sob NIRE nº 26201454086, com sede Praça do Derby, 177, Graças, Recife/PE, CEP 52010140, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/MF sob o nº 03.007.832/0001-28, deliberam de pleno e comum acordo ajustarem a presente alteração contratual, nos termos da Lei nº 10.406/ 2002, mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

12/04/2024



EM BRANCO



## DA ALTERAÇÃO DO OBJETO SOCIAL

**ARTIGO PRIMEIRO.** O objeto social passará ser:

Prestação de serviços médicos especializados no ramo da Imaginologia, compreendendo a radiologia, mamografia, ultra - sonografia, densitometria óssea, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética e demais exames dentro da especialidade médica (Exames cardiológicos, Neurológicos, urológicos, Endoscopia e colonoscopia, Colposcopia e citologia, Laboratórios clínicos, patologia), procedimentos cirúrgicos e atividade médica ambulatorial restrita a consultas.

- 86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia;
- 86.40-2-04 - Serviços de tomografia;
- 86.40-2-11 - Serviços de radioterapia;
- 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas;
- 86.40-2-06 Serviços de ressonância magnética.
- 86.40-2-09 - Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos Cardiologia;
- 86.30-5-02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares;
- 86.40-2-02 - Laboratórios clínicos;
- 86.40-2-01 - Laboratórios de anatomia patológica e citológica;
- 86.30-5-01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos.
- 86.40-2-07 Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética.

Em sucessivo, convencionam, neste ato, as 02 (duas) sócias do **CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSÉ ROCHA DE SÁ — LTDA** consolidar o seu contrato social, que passará doravante a reger-se pelas regras contratuais adiante transcritas e nos casos omissos pela legislação aplicável, a saber:

### DA DENOMINAÇÃO, SEDE, FORO, OBJETO SOCIAL E PRAZO DE DURAÇÃO

**ARTIGO PRIMEIRO:** Trata-se de uma sociedade empresária de tipo limitada que se regerá por este contrato social, com denominação **CENTRO DE DIAGNÓSTICO JOSÉ ROCHA DE SÁ LTDA**.

**ARTIGO SEGUNDO:** A sociedade é inscrita no CNPJ do MF sob o nº 03.007.832/0001-28, com sede no município do Recife, Estado de Pernambuco, na Praça do Derby, nº 177, bairro das Graças, CEP: 52.010-140, registrada na Junta Comercial do Estado de Pernambuco sob o NIRE nº 26201454086, em data de 24/05/2004, sendo-lhe facultado manter filiais, escritórios e representações em qualquer localidade do País, por deliberação tomada pelos sócios.

Req: 81300001637232

Página 2



http://assinador.pscs.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=CS0hguy0716uhkxstj59gchave2=RIVYHROZMAGXCK4FDIM  
ASSINADO DIGITALMENTE POR: 4770565472-IGCIANA LEINO ROCHA DE SÁ 54572401420-MAÍIA DO SOCORRO SILVA BELO

EM BRANCO



<http://assinador.pscs.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=CS0huy0716uhx6tjrs9qachave2=81vYHROUzXMAcXk1FD1M>  
 ASSINADO DIGITALMENTE POR: 47740565472-10CCANA LEITAO ROCHA DE SA 1545172401420-MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

**ARTIGO TERCEIRO** – A sociedade têm por objeto a Prestação de serviços médicos especializados no ramo da Imaginologia, compreendendo a radiologia, mamografia, ultra - sonografia, densitometria óssea, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética e demais exames dentro da especialidade médica (Exames cardiológicos, Neurológicos, urológicos, Endoscopia e colonoscopia, Colposcopia e citologia, Laboratórios clínicos, patologia e citologia), procedimentos cirúrgicos e atividade médica ambulatorial restrita a consultas.

- 86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia;
- 86.40-2-04 - Serviços de tomografia;
- 86.40-2-11 - Serviços de radioterapia;
- 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas;
- 86.40-2-06 Serviços de ressonância magnética.
- 86.40-2-09 - Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos Cardiologia;
- 86.30-5-02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares;
- 86.40-2-02 - Laboratórios clínicos;
- 86.40-2-01 - Laboratórios de anatomia patológica e citológica;
- 86.30-5-01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos.
- 86.40-2-07 Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética.

**ARTIGO QUARTO** - O prazo de duração da Sociedade é por tempo indeterminado.

**ARTIGO QUINTO** - A sociedade poderá ter participação de capital, como quotista ou acionista, em outras sociedades.

**CAPITAL SOCIAL E SUA DISTRIBUIÇÃO**

**ARTIGO SEXTO:** O capital social é de R\$ 1.525.000,00 (um milhão, quinhentos e vinte e cinco mil Reais), totalmente subscrito e integralizado, divido em 1.525.000 (um milhão, quinhentas e vinte e cinco mil) cotas do valor nominal de R\$ 1,00 (um real) , cada uma delas, e distribuído entre as 02 (duas) únicas sócias da seguinte forma: a sócia **LUCIANA LEITÃO ROCHA DE SÁ** é titular de 838.750 (oitocentas e trinta e oito mil, setecentas e cinquenta) cotas, do valor nominal de R\$ 1,00 (um real) , cada uma delas, perfazendo uma participação de capital social no montante de R\$ 838.750,00 (oitocentas e trinta e oito mil, setecentos e cinquenta reais) que corresponde a 55% ( cinquenta e cinco por cento) desse mesmo capital social, e a sócia **MARIA DO SOCORRO SILVA BELO** é titular de 686.250 (seiscentos e oitenta e seis mil e duzentos e cinquenta mil) cotas, do valor nominal de R\$ 1,00 (um real) , cada uma delas, perfazendo uma participação de capital

EM BRANCO



social no montante de 686.250,00 (seiscentos e oitenta e seis mil e duzentos e cinquenta mil reais) que corresponde a 45% ( quarenta e cinco por cento) desse mesmo capital social.

| Sócios                             | Quotas    | %   | Valor R\$    |
|------------------------------------|-----------|-----|--------------|
| <b>LUCIANA LEITÃO ROCHA DE SÁ</b>  | 838.750   | 55  | 838.750,00   |
| <b>MARIA DO SOCORRO SILVA BELO</b> | 686.250   | 45  | 686.250,00   |
| Total                              | 1.525.000 | 100 | 1.525.000,00 |



<http://assinador.ifsc.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=CS0huy071645hxt059&chave2=81vYHk0L2XWAGXcK4F81W>  
 ASSINADO DIGITALMENTE POR: 4770355472-LUCIANA LEITAO ROCHA DE SA|54512401420-MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

**Parágrafo Primeiro:** A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social.

**Parágrafo Segundo:** É assegurado aos sócios cotistas o direito de preferência para participar do aumento do capital social, na exata proporção das quotas de que sejam titulares, permitindo-lhes conservar a mesma proporção de participação no capital da sociedade.

**Parágrafo Terceiro:** A deliberação sobre o aumento do capital social deverá ser comunicada por escrito e indistintamente a todos os sócios, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias anteriores ao aumento.

**Parágrafo Quarto:** A comunicação deverá conter todas as condições do aumento do capital social, notadamente no que diz respeito ao quantitativo e ao valor das novas quotas que deverão ser subscritas e integralizadas em dinheiro, ou capitalização de créditos ou bens.

**Parágrafo Quinto:** O direito de preferência do sócio cotista caducará se não manifestado, de maneira inequívoca, no prazo de até 30 (trinta) dias contando do recebimento da comunicação a que alude o Parágrafo Quarto precedente.

**Parágrafo sexto.** Decorrido o prazo para o exercício do direito de preferência e assumida pelos sócios, ou por terceiros, a totalidade do aumento, haverá reunião dos sócios para que seja aprovada a alteração do contrato social, observado o quórum deliberativo adiante indicado.

**Parágrafo sétimo:** O capital social poderá ser reduzido nas hipóteses de haver perdas irreparáveis ou se excessivo em relação ao objeto da sociedade, na primeira hipótese, e estando o capital integralizado, a redução será procedida com a diminuição proporcional do valor das quotas. Verificada o excesso do capital social em relação ao objeto da sociedade, e estando o capital já integralizado, a redução será operada restituindo-se parte do valor das quotas aos sócios, ou estando o capital apenas subscrito e não integralizado, dispensando-se as prestações ainda devidas, com diminuição proporcional, em ambos os casos do valor nominal das quotas aos sócios, u estando o capital apenas subscrito e não integralizado, dispensando-se as prestações ainda devidas, com diminuição proporcional, em ambos os casos do valor nominal das quotas.

EM BRANCO



**DA ADMINISTRAÇÃO**

**ARTIGO SÉTIMO.** A administração ordinária e extraordinária da sociedade será exercida, sempre em conjunto, pelas sócias **LUCIANA LEITÃO ROCHA DE SÁ** e **MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**.

**Parágrafo primeiro.** Fica expressamente proibido, sob pena de ineficácia do ato, em relação á sociedade, o uso da denominação social por qualquer dos administradores em negócios estranhos ou alheios aos interesses da sociedade.

**Paragrafo segundo.** A sociedade poderá ser administrada por administrador não sócio, a ser designado em ato próprio.

**ARTIGO OITAVO.** A gestão das administradoras será por prazo indeterminado ficando dispensadas de prestar caução ou garantia de sua gestão social, sendo as suas remunerações fixadas a título de "pró labore".

**ARTIGO NONO.** As administradoras **LUCIANA LEITÃO ROCHA DE SÁ** e **MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**, declaram, sob penas da lei, que não estão impedidas de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrarem sob o efeitos dela , a Pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa de concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade, tudo conforme disposto no art. 1001/06 do Código Civil Brasileiro.

**DAS DELIBERAÇÕES SOCIAIS**

**ARTIGO DÉCIMO** — As decisões e deliberações sociais serão tomadas pelos votos correspondentes à 75% (setenta e cinco por cento) do capital social.

**Parágrafo Primeiro:** As deliberações tornadas em conformidade com o contrato e com a lei vinculam todos os sócios e administradores indistintamente, sejam eles ausentes ou dissidentes.

**Parágrafo Segundo:** A sociedade manterá atualizado o livro de atas das reuniões dos sócios e dos administradores para registro das deliberações tomadas.



<http://assinador.pscs.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=C50nguy0716shxst0j59qchave2=8ivYHk0ZMAGXK1EEDIA>  
 ASSINADO DIGITALMENTE POR: 47740553472-IUCIANA LEITAO ROCHA DE SA|54572401420-MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

EM BRANCO



**DO EXERCÍCIO SOCIAL E DA DISTRIBUIÇÃO DOS LUCROS**

**ARTIGO DÉCIMO PRIMEIRO** - O ano social começa no dia 1º (primeiro) de janeiro e termina no dia 31 (trinta e um) de dezembro de cada ano.

**ARTIGO DÉCIMO SEGUNDO**- No dia 31 (trinta e um) de dezembro de cada ano serão levantadas as demonstrações financeiras constantes do balanço patrimonial, a demonstração de resultados, a demonstração de origens e as aplicações de recursos, as mutações patrimoniais, e todas as demais exigidas pela legislação societária, cabendo aos sócios as partes proporcionais nos lucros ou mesmo nos prejuízos apurados em cada período.

**Parágrafo Primeiro:** Uma vez apurado o resultado do exercício social, os sócios deliberarão sobre a sua destinação, sendo-lhes facultado optar pela realização de aumento do capital social, mediante a incorporação dos valores mantidos em conta de reservas, devendo, nessa hipótese, ser observado o quórum deliberativo previsto no Artigo Décimo.

**Parágrafo Segundo:** Embora o balanço seja levantado em 31 de dezembro de cada ano, poderão ser elaborados balancetes mensais, trimestrais, semestrais e ocorrendo lucros, os mesmos: poderão ser distribuídos aos sócios no igual período, obedecendo à legislação pertinente à sua tributação estabelecida pelo Imposto de Rendas das Pessoas Jurídicas, proporcional às quotas de seus sócios ou mediante a distribuição desproporcional entre os sócios, a ser ajustada e deliberada em ata de reunião dos sócios, conforme previsto no art. 1007, combinado com o artigo 1008, do Código Civil Brasileiro.

**DA TRANSFORMAÇÃO E CESSÃO DE QUOTAS**

**ARTIGO DÉCIMO TERCEIRO**- A sociedade poderá ser transformada em outro tipo societário, através de operações de incorporação, fusão e cisão, bem como poderá, ainda, participar de forma associativa não personalizada, a exemplo do consórcio empresarial.

**Parágrafo Primeiro:** É permitida a transferência de quotas entre os sócios, observado, porém, o direito de preferência na aquisição, na exata proporção da participação de cada um dos sócios no capital social.

**Parágrafo Segundo:** As quotas não poderão ser transferidas a terceiros estranhos ao quadro social da sociedade sem o expresse consentimento dos cotistas remanescentes, assegurando-lhes, na forma do parágrafo anterior, o exercício do direito de preferência para aquisição das quotas.



http://assinador.pccs.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=5509410716458xctj55y3chave2=81VYH90ZMAGXK1FEDM  
 ASSINADO DIGITALMENTE POR: 477409653472-1007ANA LEITAO ROCHA DE SA 15417201020-MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

EM BRANCO



**Parágrafo Terceiro:** Em quaisquer das hipóteses previstas nos Parágrafos Primeiro e Segundo, o direito de preferência será exercido dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento da comunicação por escrito que deverá efetuar o sócio alienante aos demais sócios remanescentes.



<http://assinador.pcs.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=C5889UY0716U8X8TJPS9&chave2=R1VYHK0ZMAGXCK1FDIM>  
 ASSINADO DIGITALMENTE POR: 47740955472-10012ANA LETICIA ROCHA DE SA 5457240120-4421A DO SOCORRO SILVA BELO

**DO FALECIMENTO, INTERDIÇÃO, RFTIRADA DE SÓCIO E DISSOLUÇÃO DA SOCIEDADE**

**ARTIGO DÉCIMO QUARTO-** Verificando-se a retirada voluntária ou não, o falecimento ou a interdição de qualquer um dos sócios, a Sociedade, não se dissolverá, desde que o sócio remanescente, no prazo de 180 dias, recomponha a sociedade com a admissão de, no mínimo, outro sócio.

**Parágrafo Primeiro:** Em qualquer das hipóteses relacionadas no caput deste Artigo, o valor das quotas deverá ser calculado mediante a realização de um balanço especial a ser levantado no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do evento. Os eventuais haveres sociais apurados serão pagos em até 24 (vinte e quatro) parcelas mensais e consecutivas, corrigidos anualmente pela variação do IGPM, da Fundação Getúlio Vargas, contados a partir da data do levantamento do balanço, vencendo-se a primeira 30 (trinta) dias após conhecidos os resultados do balanço especialmente elaborado, salvo se for

possível à sociedade pagá-los antecipadamente. Na impossibilidade legal na utilização do IGPM para o fim previsto neste Artigo, adotar-se-á outro índice corretor que melhor reflita a variação da inflação à época de sua aplicação, desde que seja aplicável à espécie.

**Parágrafo Segundo:** Na hipótese de falecimento de qualquer dos sócios, as suas quotas serão liquidadas e as parcelas representativas dos haveres sociais eventualmente apurados no balanço especial serão pagas ao inventariante do Espólio, devidamente nomeado pelo competente Juiz de Direito da Comarca em que se processar o respectivo inventário do sócio pré-morto, ou mediante depósito em estabelecimento bancário, à ordem do Juízo de Direito.

**Parágrafo Terceiro:** Quando houver modificação do contrato, fusão da sociedade, incorporação de outra, ou dela por outra, terá o sócio dissidente o direito de retirar-se da sociedade, nos trinta dias subsequentes à reunião, cujos eventuais haveres sociais serão apurados e pagos conforme o disposto no presente Artigo.

**Parágrafo Quarto:** Nas hipóteses dos Parágrafos Segundo e Terceiro precedentes, o capital social sofrerá a correspondente redução, salvo se os demais sócios suprirem o valor da quota.

EM BRANCO



<http://assinador.pces.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=CS09UW071645hKctJSS9Qchave2=8ivvHk0tZwAGXc144dLW>  
 ASSINADO DIGITALMENTE POR: 47740553472-ILUCIANA LEITAO ROCHA DE SA/54572401420-MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

**Parágrafo Quinto:** Em se verificando quaisquer dos eventos previstos neste Artigo e estando á época a sociedade com apenas 02 (dois) sócios, o sócio, remanescente terá um prazo de até 180 cento e oitenta dias para recompor o quantitativo mínimo de 02 (dois) sócios, sob a pena de dissolução da sociedade.

**ARTIGO DÉCIMO QUINTO** - A Sociedade será dissolvida quando **(1)** vencer o prazo de sua duração, salvo se, vencido este, os sócios não promoverem a liquidação da sociedade no prazo de 30 (trinta dias), caso em que o tempo de sua duração se prorrogará por prazo indeterminado, devendo ser registrada alteração contratual, no órgão competente, para que seja regularizada a referida prorrogação; **(2)** os sócios assim decidirem, antes do termo final do seu prazo de duração;

**(3)** houver unipessoalidade e o sócio remanescente não reconstituir a pluralidade de sócios, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar do evento; e, **(4)** houver a decretação de sua falência.

**ARTIGO DÉCIMO SEXTO** - Em caso de dissolução da sociedade, a partilha do saldo que na, liquidação seja porventura apurado será realizada entre os sócios na exata proporção das suas respectivas participações no capital social.

**DA EXCLUSÃO DOS SÓCIOS**

**ARTIGO DÉCIMO SÉTIMO** — O sócio poder: ser excluído nas seguintes hipóteses: **I-** por justa causa, em havendo violação ou descumprimento dos seus deveres de sócio; **II-** for declarado falido; **III-** for declarado incapaz; **IV-** for remisso, não integralizando as quotas por ele subscritas.

**Parágrafo Primeiro:** Os eventuais haveres sociais serão apurados e pagos nas condições estabelecidas no Artigo Décimo Quarto precedente.

**Parágrafo Segundo:** Caso o ato ou a omissão do sócio excluído cause prejuízos à sociedade, poderá esta compensar os prejuízos com os haveres do sócio,

**ARTIGO DÉCIMO OITAVO:** Para todas as ações que possam advir do presente contrato, fica eleito o foro da Comarca do Recife, Estado de Pernambuco, com, renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

EM BRANCO



E, por estarem assim, justas e contratadas, mandaram digitar o presente Instrumento para um só efeito, o que depois de ser por todas lido e achado inteiramente conforme, vai pelas partes assinado.



RECIFE/PE, 24 de Novembro de 2023.

\_\_\_\_\_  
MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

\_\_\_\_\_  
LUCIANA LEITAO ROCHA DE SA

http://assinador.pscs.com.br/assinadorweb/autenticacaodocchave1=OSG0guy0716u5h9t0jP59qachave2=bivYHk0tZMAGCKR14d1W  
ASSINADO DIGITALMENTE POR: 477405653472-LUCIANA LEITAO ROCHA DE SA|54572401420-MARIA DO SOCORRO SILVA BELO

EM BRANCO



Certifico o Registro em 12/04/2024

Arquivamento 20238504190 de 12/04/2024 Protocolo 238504190 de 12/04/2024 NIRE 26201454086

Nome da empresa CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA

Este documento pode ser verificado em <http://redesim.jucepe.pe.gov.br/autenticacaodocumentos/autenticacao.aspx>

Chancela 63850888A03187



238504190

### TERMO DE AUTENTICAÇÃO

|                 |   |
|-----------------|---|
| NOME DA EMPRESA | CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA |
| PROTOCOLO       | 238504190 - 12/04/2024                        |
| ATO             | 002 - ALTERAÇÃO                               |
| EVENTO          | 051 - CONSOLIDACAO DE CONTRATO/ESTATUTO       |

#### MATRIZ

NIRE 26201454086  
 CNPJ 03.007.832/0001-28  
 CERTIFICO O REGISTRO EM 12/04/2024  
 SOB N: 20238504190

#### REPRESENTANTES QUE ASSINARAM DIGITALMENTE

|   |
|---|
| Cpf: 47740965472 - LUCIANA LEITAO ROCHA DE SA - Assinado em 12/04/2024 às 10:40:07  |
| Cpf: 54572401420 - MARIA DO SOCORRO SILVA BELO - Assinado em 12/04/2024 às 12:14:35 |

Assinado eletronicamente por  
 JOAO PAULO ROCHA DAMASCENO  
 Secretário-Geral

EM BRANCO



Certifico o registro em 12/04/2024

Arquivamento 20238504190 de 12/04/2024 Protocolo 238504190 de 12/04/2024 NIRE 26201454086

Nome da empresa CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA

Este documento pode ser verificado em <http://redesim.jucepe.pe.gov.br/autenticacaodocumentos/autenticacao.aspx>

Chancela 63859888403487

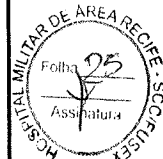


EM BRANCO



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA



NÚMERO DE INSCRIÇÃO  
03.007.832/0001-28  
MATRIZ

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO  
CADASTRAL**

DATA DE ABERTURA  
05/02/1999

NOME EMPRESARIAL  
CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)  
\*\*\*\*\*

PORTE  
DEMAIS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL  
86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS  
86.40-2-04 - Serviços de tomografia  
86.40-2-11 - Serviços de radioterapia

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA  
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO  
PC DO DERBY

NÚMERO  
177

COMPLEMENTO  
\*\*\*\*\*

CEP  
52.010-140

BAIRRO/DISTRITO  
GRACAS

MUNICÍPIO  
RECIFE

UF  
PE

ENDEREÇO ELETRÔNICO

TELEFONE  
(081) 2311-309

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)  
\*\*\*\*\*

SITUAÇÃO CADASTRAL  
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL  
03/11/2005

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL  
\*\*\*\*\*

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL  
\*\*\*\*\*

EM BRANCO



## Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

### Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

#### Dados do Fornecedor

CNPJ: 03.007.832/0001-28 DUNS®: 92\*\*\*\*\*26  
Razão Social: CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA  
Nome Fantasia:  
Situação do Fornecedor: Credenciado Data de Vencimento do Cadastro: 20/08/2025  
Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA  
MEI: Não  
Porte da Empresa: Demais

#### Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: Nada Consta  
Impedimento de Licitar: Nada Consta

#### Níveis cadastrados:

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inserida manualmente pelo fornecedor.

##### I - Credenciamento

##### II - Habilitação Jurídica

##### III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

|   |           |            |            |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN  | Validade: | 18/06/2025 | Automática |
| FGTS  | Validade: | 16/01/2025 | Automática |
| Trabalhista ( <a href="http://www.tst.jus.br/certidao">http://www.tst.jus.br/certidao</a> ) | Validade: | 21/06/2025 | Automática |

##### IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal

|                            |           |            |
|----------------------------|-----------|------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 22/03/2025 |
| Receita Municipal          | Validade: | 23/02/2025 |

##### V - Qualificação Técnica

##### VI - Qualificação Econômico-Financeira

Validade: 30/06/2025

EM BRANCO



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**



**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA**  
**CNPJ: 03.007.832/0001-28**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 10:58:47 do dia 04/07/2024 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 31/12/2024.

Código de controle da certidão: **4BB2.1D89.B6A8.9E78**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

EM BRANCO

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 03.007.832/0001-28  
**Razão Social:** CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA S/C LTDA  
**Endereço:** PCA DO DERBY 177 / GRACAS / RECIFE / PE / 52010-140

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

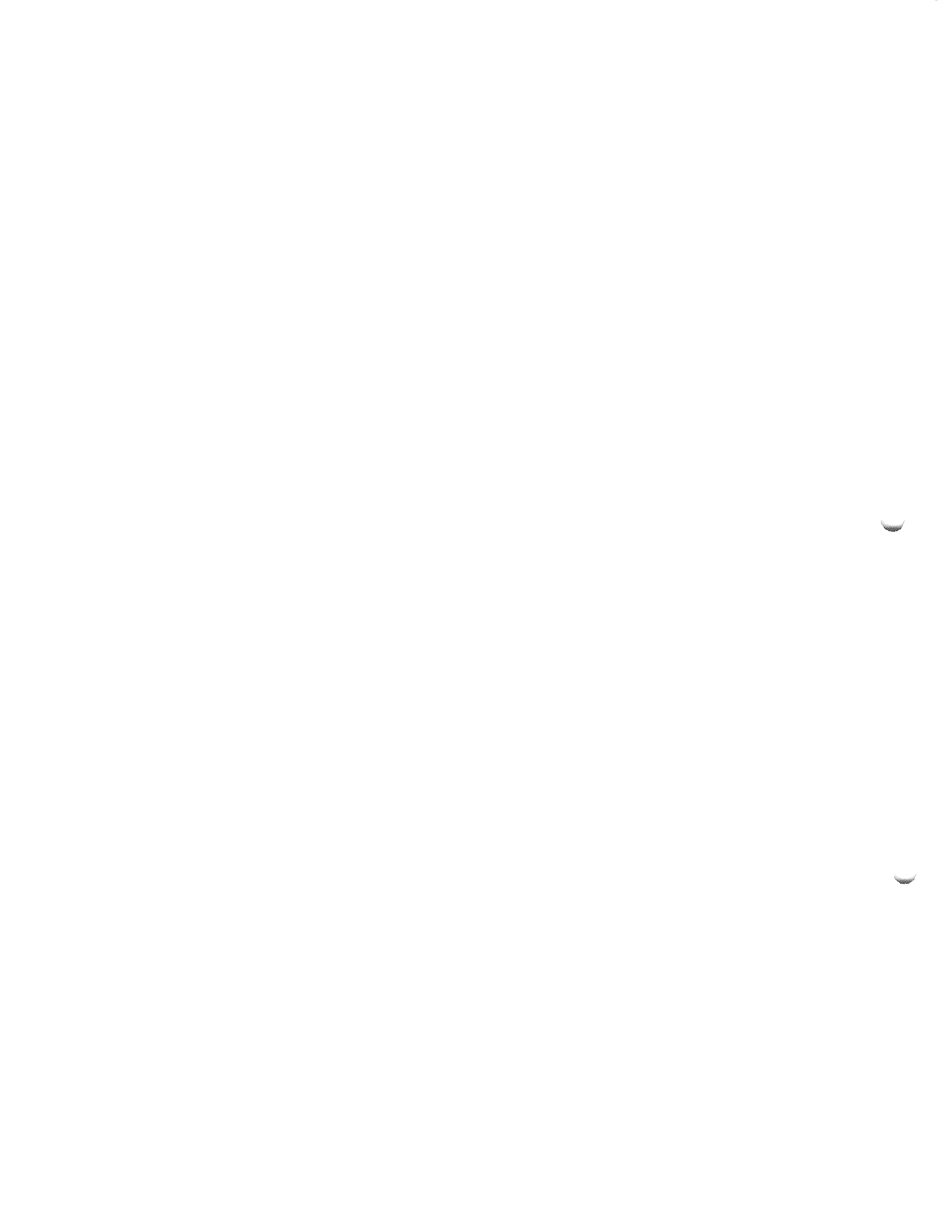
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

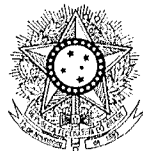
**Validade:** 03/10/2024 a 01/11/2024

**Certificação Número:** 2024100321430811241760

Informação obtida em 07/10/2024 14:02:14

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**





PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 03.007.832/0001-28

Certidão n°: 51490998/2024

Expedição: 24/07/2024, às 15:57:31

Validade: 20/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° 03.007.832/0001-28, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

#### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

EM BRANCO



## TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO



### Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica

Este relatório tem por objetivo apresentar os resultados consolidados de consultas eletrônicas realizadas diretamente nos bancos de dados dos respectivos cadastros. A responsabilidade pela veracidade do resultado da consulta é do Órgão gestor de cada cadastro consultado. A informação relativa à razão social da Pessoa Jurídica é extraída do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, mantido pela Receita Federal do Brasil.

**Consulta realizada em:** 26/06/2025 10:08:12

#### Informações da Pessoa Jurídica:

Razão Social: **CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA - LTDA**  
CNPJ: **03.007.832/0001-28**

#### Resultados da Consulta Eletrônica:

Órgão Gestor: **TCU**  
Cadastro: **Licitantes Inidôneos**  
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

Órgão Gestor: **CNJ**  
Cadastro: **CNIA - Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade**  
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

Órgão Gestor: **Portal da Transparência**  
Cadastro: **Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas**  
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

Órgão Gestor: **Portal da Transparência**  
Cadastro: **CNEP - Cadastro Nacional de Empresas Punidas**  
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

Obs: A consulta consolidada de pessoa jurídica visa atender aos princípios de simplificação e racionalização de serviços públicos digitais. Fundamento legal: Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, Lei nº 13.726, de 8 de outubro de 2018, Decreto nº 8.638 de 15, de janeiro de 2016.

EM BRANCO

## LICENÇA SANITÁRIA

Processo nº: 8041286023

Data Validade: 12/12/2025

A Gerência de Vigilância Sanitária, CONCEDE a presente LICENÇA SANITÁRIA, processo nº 8041286023, conforme dados abaixo:

### 1. Dados do Empreendedor

Nome/Razão Social: CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA LTDA  
CPF/CNPJ: 03.007.832/0001-28  
Endereço: PRC DO DERBY, 177  
SALA 0000  
DERBY - RECIFE/PE

Sequencial do Imóvel: 159619.5

Inscrição Mercantil: 309.863-0

Responsável Técnico: MARIA DO SOCORRO SILVA BELO, CPF - 545.xxx.xxx-20, Orgão - CRM, Registro profissional - 8199

### 2. Atividade(s):

| Código  | Descrição   |
|---------|---|
| 8640205 | SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, |
| 8640204 | SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA  |

### 3. Condicionante(s) Geral(is)

### 4. Condicionante(s) Especifica(s)

### 5. Informação(ões) Complementar(es)



Para verificar a autenticidade deste documento, acesse o link <https://processos.recife.pe.gov.br/pcr-urbanistico/externo/exibircertificado/exibir-certificado.action> e digite o código existente no rodapé do selo

EM BRANCO



# Prefeitura do Recife

Secretaria de Mobilidade e Controle Urbano  
Secretaria Executiva de Licenciamento e Urbanismo



## ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Alvará nº 8002470923

Data Validade: 20/01/2028

Tipo de Alvará: DEFINITIVO

A **Diretoria Executiva de Licenciamento e Urbanismo**, através da Central de Licenciamento, concede este **ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**, conforme dados abaixo:

### 1. Dados da Empresa

Razão Social: **CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA LTDA**

CNPJ: **03.007.832/0001-28**

Inscrição Mercantil: **309.863-0**

| Tipo            | Sequencial | Endereço do cadastro imobiliário                |
|-----------------|------------|---|
| Principal       | 159619.5   | PRC DO DERBY, 177 SALA 0000 - DERBY - RECIFE/PE |
| Correspondência | 159619.5   | PRC DO DERBY, 177 SALA 0000 - DERBY - RECIFE/PE |

### 2. Atividade(s):

\* Atividade Principal

| Código   | Descrição   |
|----------|---|
| *8640205 | *SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, EXC TOMOGRAFIA |
| 8640204  | SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA  |
| 8640211  | SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA  |

### 3. Condicionante(s)

### 4. Atividade Incômoda no local

Não

### 5. Nível de incomodidade

DEFERIDO POR:

12256676404



MANTER ESTE DOCUMENTO EM LOCAL VISÍVEL

EM BRANCO



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

| Inscrito sob CRM n.º | CNPJ               | Inscrição  | Validade   |
|----------------------|--------------------|------------|------------|
| 1251                 | 03.007.832/0001-28 | 22/09/2004 | 22/09/2025 |

**Razão Social**  
CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA LTDA

**Nome Fantasia**

| Endereço                    | Município / UF | CEP       |
|-----------------------------|----------------|-----------|
| PRACA DO DERBY, 177 - DERBY | RECIFE/PE      | 52010-140 |

| Diretor Técnico                    | Classificação                     |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 8199 - MARIA DO SOCORRO SILVA BELO | SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM |

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei n.º. 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM n.º. 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até 22/09/2025. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Chave de validação n.º. f1e5eb84efeb9f4e64ad94dab67dcbceadb921  
Emitida eletronicamente via internet em **07/10/2024**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CREMEPE**:  
<http://www.cremepe.org.br/>

EM BRANCO



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE  
PERNAMBUCO**  
Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**, sob o nº. **8199** desde **25/10/1985**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.



**Esta certidão tem validade até o dia 07/01/2025.**

Chave de validação **65e7a30502f4b12b95046046949d6035f50dfdc**

Emitida eletronicamente via internet em **07/10/2024**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CREMEPE**:

EM BRANCO



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

### Certidão de Direção Técnica

Certifico para os devidos fins, que o estabelecimento **CENTRO DE DIAGNOSTICO JOSE ROCHA DE SA LTDA**, nome fantasia, registro nº **1251**, tipo de inscrição **DEFINITIVA - REGULAR**, sito a **PRACA DO DERBY, 177 - DERBY**, na cidade de **RECIFE/PE**, está funcionando sob a Direção Técnica do(a) Dr(a) **MARIA DO SOCORRO SILVA BELO**, inscrito com o CRM nº **8199**.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.



Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **a02bc797ceb0273c4c88791d12d79a139c7d2843**

Emitida eletronicamente via internet em **07/10/2024**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CREMEPE**:

<http://www.cremepe.org.br/>

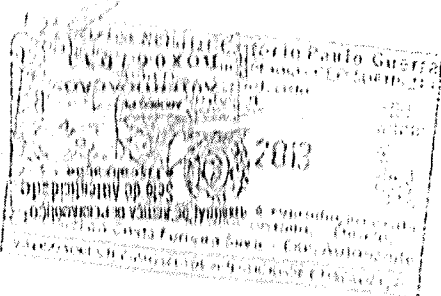
EM BRANCO




# CERTIFICADO

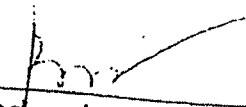
2° VI

Certificamos que o Dra. Maria do Socorro Silva Belo, CREMEPE N° 8199, CPF N°  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA na ESPECIALIDADE de RADIOLOGIA  
IMAGEM, cursada no período de 01/03/1988 a 28/02/1990, a quem certificamos  
ESPECIALISTA, de acordo com o artigo 6° da Lei 6.932/81 publicada no Diário Oficial

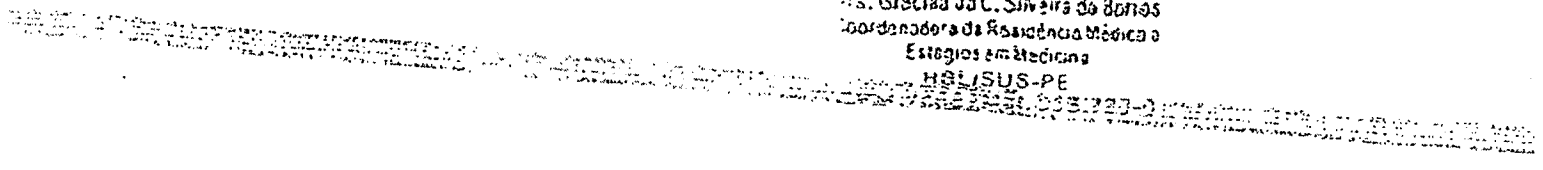


Re

  
Hospital Barão de Lucena  
Diretor

  
Coordenador da Residência  
Médica

rs. Gracila da C. Siveira de Barros  
Coordenadora da Residência Médica e  
Estágios em Medicina  
HSE/SUS-PE



EM BRANCO



## CORPO MÉDICO

### RADIOLOGIA GERAL / MAMOGRAFIA / DENSITOMETRIA OSSEA -

Dra. Maria do Socorro Silva Belo  
Vínculo empregatício: Sócia proprietária.  
CRM 8199                    CPF 545.724.014-20  
Graduação> 1885 UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Mirelle Maria Palmeira Medeiros Leite de Lima  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 9991                    CPF 639.300.054-68  
Graduação> 1991 UFPB - Universidade Federal da Paraíba

### ULTRASSONOGRAFIA / ULTRASSOM GERAL

Dra. Isis Maria Gaião da Costa  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 10271                    CPF 630.913.304-78  
Graduação> 1992. UPE –  
Universidade de Medicina de PE (FESP - Faculdade de Medicina de PE).

Dra. Luana Almeida Silva  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 11717                    CPF 515.138.464-34  
Graduação> 1996  
UPE – Universidade de Medicina de PE (FESP - Faculdade de Medicina de PE)

Dra. Mirelle Maria Palmeira Medeiros Leite de Lima  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 9991                    CPF 639.300.054-68  
Graduação> 1991 UFPB - Universidade Federal da Paraíba

Dra. Paulo Henrique Pedroso Ezequiel  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 16237                    CPF 021.441.014-50  
Graduação> 2006 UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

Dr. Saulo Montenegro Cavalcanti de Acioly  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 14112                    CPF 027.313.534-14

Dra. Sheila Oliveira Laluece  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 13914                    CPF 801.537.981-49  
Graduação> 2001                    Universidade do Oeste Paulista

EM BRANCO

Dra Renata Landim Prutchansky  
CRM 23756 CPF 029.457.453.05  
Graduação 2015 Faculdade de Medicina Estacio de Juazeiro  
do Norte.



Dra Valeria Maria Goncalves de Albuquerque  
CRM 7103 CPF 013.786.804-99

### **ULTRASSONOGRRAFIA VASCULAR**

Dra. Flávia Camilo Vitorino  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 10421 CPF 515.455.434-53  
Graduação> 1992 UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Vanusa Tenório Camilo  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 10445 CPF 326.273.353-91  
Graduação> 1992  
UPE – Universidade de Medicina de PE (FESP - Faculdade de Medicina de PE).

Dra. Saulo Padilha Vilela  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 10960 CPF 599.545.744-68  
Graduação> 1994 UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

Dr Guilherme Saeger Cavalcanti de Albuquerque  
Vínculo empregatício: Prestador de serviço.  
CRM 021679 CPF 073.417.974-01

Dr Renato Ricardo de Oliveira Travassos  
CRM 22617 CPF 013.786.804-99

### **COLPOSCOPIA E CITOLOGIA ONCOTICA**

Dra. Alyne dos Santos Dias - CRM 10809 CPF 113.163.574-49  
Graduação 1994 UFAL – Universidade Federal de Alagoas

### **PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR**

Dra Nadja Maria Nobre Pitanga Macedo – CRM 4101  
CPF 113.163.574-49  
GRADUAÇÃO 1975 UPE – Universidade de Medicina de Pe.

---

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)

**AVALIAÇÃO DE INSTALAÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**SERVIÇO DE IMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| RAZÃO SOCIAL:                     | Centro de Diagnóstico José Rocha de Sá         |
| NOME DE FANTASIA (se for o caso): | VP Imagem Diagnóstica                          |
| CNPJ:                             | 03007832000128                                 |
| Endereço:                         | Rua Proença do Derby, nº 177, Derby            |
| Fone:                             | (81) 2122-0400                                 |
| Turno de Atendimento:             | Seg à Sex das 06h30 às 18h / Sab. de 6h às 12h |

**2. PROCEDIMENTOS QUE REALIZA**

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| Densitometria           | ; Eletroencefalografia.       |
| Mamografia              | ; Tomografia Computadorizada. |
| Rio-x                   |                               |
| Ultrassonografia        |                               |
| Ultrassom vascular      |                               |
| Biopsia de próstata     |                               |
| Colúscopia de mama      |                               |
| Citologia e Colposcopia |                               |
| Suqas pulmonares        |                               |
| Eletroencefalograma     |                               |

EM BRANCO

### 3. AVALIAÇÃO

| INSTALAÇÕES  | SIM | NÃO | NA |
|--|-----|-----|----|
| Há alvará de funcionamento expedido por autoridade sanitária?                | X   |     |    |
| As condições físicas são adequadas?  | X   |     |    |
| Tem sistema de climatização?   | X   |     |    |
| A sala de espera possui itens como: TV, Wi-Fi, café/chá/biscoito, bebedouro? | X   |     |    |
| Existem sanitários para os usuários?   | X   |     |    |
| Existem sanitários acessíveis?   | X   |     |    |
| Existe trocador/fraldário?   | X   |     |    |
| As condições de higiene e conforto dos sanitários são satisfatórias?         | X   |     |    |
| O tipo de atendimento é por agendamento?                                     | X   |     |    |
| O tipo de atendimento é por ordem de chegada?                                |     | X   |    |
| O tempo máximo de agendamento é inferior a 10 (dez) dias                     | X   |     |    |
| O agendamento é realizado por telefone e/ou WhatsApp?                        | X   |     |    |
| O(s) consultório(s) e (são) confortável(is)?                                 | X   |     |    |
| Foi detectado algum grau de insatisfação por parte dos usuários presentes?   | X   |     |    |
| O local é de fácil acesso?   | X   |     |    |
| Há acessibilidade para atendimento de paciente em Cadeira de Rodas?          | X   |     |    |
| Há acessibilidade para atendimento de paciente em Maca?                      | X   |     |    |
| A localização do prédio inspira sensação de segurança?                       | X   |     |    |
| Existe estacionamento?   | X   |     |    |
| O estacionamento é pago?   | X   |     |    |

| ATIVIDADES   | SIM | NÃO | NA |
|--|-----|-----|----|
| Onde são realizados os exames invasivos ou com utilização de contraste há material e medicamentos para emergência? | X   |     |    |
| Os serviços de radioterapia têm também autorização do CNEN?  |     |     | X  |
| Os funcionários que operam equipamentos radiológicos utilizam dosímetro personalizado?                             | X   |     |    |
| Os laudos dos exames são feitos por profissionais habilitados para tal?  | X   |     |    |
| Há normas de segurança para manuseio de secreções, sangue, fluidos orgânicos?                                      |     |     | X  |
| Há normas de segurança para manuseio de material radiológico e radioterápico?                                      |     |     | X  |
| A manutenção dos equipamentos é periódica?   | X   |     |    |

EM BRANCO

| LIMPEZA  | SIM | NÃO | NA |
|--|-----|-----|----|
| O serviço de limpeza é próprio?  | X   |     |    |
| O serviço de limpeza é terceirizado?   |     | X   |    |
| Os funcionários são treinados quanto à higiene hospitalar, técnica de varrer, desinfecção de superfícies, manuseio do lixo hospitalar? | X   |     |    |
| Os funcionários são uniformizados?   | X   |     |    |
| A frequência da limpeza é diária em todos os setores?  | X   |     |    |
| Os insumos de limpeza são padronizados e/ou checados?  | X   |     |    |
| As dependências do hospital/clínica estão limpas?  | X   |     |    |
| Há coleta seletiva do lixo hospitalar  | X   |     |    |
| Os resíduos hospitalares são recolhidos por empresa especializada?   | X   |     |    |

EM BRANCO


### PARECER DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

A OCS **atende** todos os requisitos necessários à prestação dos serviços contratados.

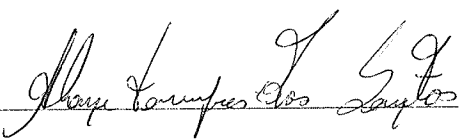
A OCS **não atende** os requisitos necessários à prestação dos serviços contratados.

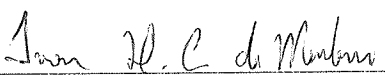
| OBSERVAÇÃO |
|------------|
|            |
|            |
|            |
|            |
|            |
|            |

#### Identificação do profissional do serviço que acompanhou a visita/supervisão:

|            |   |
|------------|---|
| NOME       | MARIA BERNARDETE MOREIRA  |
| FUNÇÃO     | GER. ADMINISTRATIVA   |
| FORMADO    | GESTÃO HOSPITALAR   |
| ASSINATURA |  |

Recife-PE, 05 de novembro de 2024.

  
Membro da Comissão de Avaliação de Instalações

  
Presidente da Comissão de Avaliação de Instalações

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO TÉCNICA DE OCS

Conforme avaliação técnica realizada em 05 de Novembro de 2024 nas dependências da sede do Centro de Diagnóstico José Racho de Sá - constatei ser um local com condições necessárias à boa execução dos trabalhos de atendimento aos pacientes.

Diante do exposto sou do parecer que este serviço reúne todas as condições técnicas para prestação de apoio aos usuários do sistema SAMMED/ FUSEX/ SAMEX-Cmb e PASS, podendo, portanto, ser firmado o Termo de Credenciamento com a referida Organização Civil de Saúde.

Recife-PE, 05 de Novembro de 2024.

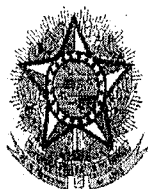
Glauco Lourenço de Santos

Membro da Comissão de Avaliação de Instalações

Iron D. C. de Mendonça

Presidente da Comissão de Avaliação de Instalações

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



**CRENCIANTE:** UNIÃO FEDERAL / EXÉRCITO BRASILEIRO  
**CRENCIADO:** CENTRO DIAGNÓSTICO JOSÉ ROCHA DE SÁ LTDA  
**OBJETO:** Prestação de serviços em **RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM  
E MEDICINA DIAGNÓSTICA**  
**VIGÊNCIA:** 01 de janeiro de 2025 à 31 de dezembro de 2025  
**TERMO DE CRENCIAMENTO Nº 49/2025 - OCS**

A UNIÃO FEDERAL, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife), órgão do Exército Brasileiro, com sede na cidade de Recife-PE, à Rua do Hospício, 563 - Boa Vista, CEP 50.050-050, inscrito no CNPJ sob o Nº 09.577.422/0001-07 (Principal) e 09.577.422/0002-80 (Secundário), neste ato representado por sua Ordenadora de Despesas, a Cel Med QEMA ANDRÉA GUIMARÃES GURGEL, portadora da cédula de identidade Nr 011476304-8 EB/MD, CPF Nr 013.441.547-78, doravante denominado **Credenciante**, e a Organização Civil de Saúde (OCS) CENTRO DIAGNÓSTICO JOSÉ ROCHA DE SÁ LTDA, com sede situada à Praça do Derby, Nº 177 - Derby - Recife-PE - CEP: 52.010-140 inscrito no CNPJ sob o Nr 03.007.832/0001-28, neste ato representado pelo Sra MARIA DO SOCORRO SILVA BELO, portador da cédula de identidade Nr 1.763.188 SSP-PE, CPF Nr 545.724.014-20, daqui por diante denominado **Credenciado**, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto

1.1 O objeto deste credenciamento é regular a prestação de assistência médica e hospitalar, exames complementares e tratamentos pelo **Credenciado** aos beneficiários do SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb, PASS e, eventualmente, de militares das Nações Amigas do Brasil (Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais) aqui denominados simplesmente beneficiários, na qual estão incluídas a assistência por profissionais de saúde e todos os recursos necessários ao atendimento em regime de internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico, ambulatorial, e em Unidade de Tratamento de Intensivo e inclusos os serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento.

1.2 Aplicam-se as regras deste Termo de Credenciamento aos procedimentos realizados a nível **AMBULATORIAL** pelo **Credenciado**.

EM BRANCO

## CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

## CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, caput e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

## CLÁUSULA QUARTA - Da dotação orçamentária

4.1 Os recursos financeiros para pagamento dos serviços realizados com base neste Termo de Credenciamento são provenientes da Gestão 00001-Orçamento Geral da União, relacionados aos programas de Trabalho para os beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS.

4.2 As faturas serão empenhadas na Natureza de Despesa 339039 e 339036, para qualquer dos Programas de Trabalho citados no item 3.1.

4.3 Visando cumprir o Artigo 72, IV da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021, **deverão ser empregados os recursos nas seguintes condições:**

| PI          | ND <sup>1</sup> | Fonte      | PTRES <sup>2</sup> |
|-------------|-----------------|------------|--------------------|
| FUSEX       | 339039-OCS      | 0170270013 | 171500             |
| FUSEX       | 339036-PSA      | 0170270013 | 175000             |
| FUSEX       | 339047-IMPOSTO  | 0170270013 | 175000             |
| FATOR CUSTO | 339036-PSA      | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO | 339047-IMPOSTO  | 0150270001 | 171497             |
| FATOR CUSTO | 339039-OCS      | 0150270001 | 171497             |
| SERV. CIVIL | 339036-PSA      | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL | 339047-IMPOSTO  | 0170270037 | 171499             |
| SERV. CIVIL | 339039-OCS      | 0170270037 | 171499             |
| EX CBO      | 339036-PSA      | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO      | 339047-IMPOSTO  | 0151000000 | 171498             |
| EX CBO      | 339039-OCS      | 0151000000 | 171498             |

Poderá ser usada outra classificação orçamentária que substitua a elencada no quadro acima.

## CLÁUSULA QUINTA - Da identificação dos beneficiários.

5.1 São considerados **beneficiários**, para fins deste credenciamento, as pessoas portadoras de documento de identificação que ateste tal condição, conforme abaixo. Ressaltando-se que a aceitação do **beneficiário** dependerá sempre de **autorização prévia**, que será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, salvo situações de urgência ou emergência médica, conforme especificado no **item 4 da Cláusula Sexta- Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento.**

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nr 49/2025 - OCS - fl. nº 3)

a) **Beneficiários do SAMMED:** Militares da ativa e na inatividade, seus dependentes definidos no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas dos militares (não contribuintes do FuSEx) e seus dependentes que foram instituídos, em vida pelo militar gerador do direito, identificados pela cédula de identidade;

b) **Beneficiários do FuSEx:** Militares do Exército da ativa, da reserva ou reformado e pensionistas, todos contribuintes do FuSEx, bem como seus dependentes, identificados pela cédula de identidade e o Cartão de Beneficiário do FuSEx, ou na falta deste, por Declaração Provisória de Beneficiário, emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o militar titular;

c) **Beneficiários do SAMEx-Cmb:** é aquele que tenha efetivamente participado de operações bélicas durante a Segunda Guerra Mundial, como integrante da Força do Exército e da Força Expedicionária Brasileira, bem como pensionistas e dependentes definidos pelo Art. 5º da Lei Nº 8.059, de 4 de julho de 1990, identificados pelo Cartão do Beneficiário do SAMEx-Cmb ou declaração provisória; e

d) **Beneficiários da PASS:** Servidores civis do Exército Brasileiro, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, optantes pela PASS, identificados pelo Cartão de beneficiário da PASS ou Declaração Provisória emitida pela Organização Militar a qual está vinculado o Servidor Civil e cédula de identidade.

e) Militares de nações amigas (adidos militares, adjuntos e auxiliares estrangeiros) acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais.

## CLÁUSULA SEXTA - Do regime de execução e responsabilidade das partes

### 6.1 Indicações para atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada:

6.1.1 O encaminhamento de **Beneficiários**, para atendimento hospitalar ou ambulatorial, em Organizações Civis de Saúde (OCS) credenciadas, será realizado em caráter complementar ao atendimento prestado nas instalações do **Credenciante**. O paciente poderá ser encaminhado a partir de atendimento em consultório, setor de emergência ou internamento (transferência).

6.1.2 A solicitação do tratamento, procedimento ou exame diagnóstico poderá ser feita por médico assistente, militar ou civil. Essa solicitação sempre será submetida à análise de médico militar designado para realizar triagem, que aprovará, em formulário próprio, o encaminhamento para atendimento em Organização Civil de Saúde credenciada, e a indisponibilidade do serviço nas instalações do próprio **Credenciante**.

6.1.3 A escolha do prestador do serviço médico-hospitalar, dentre os disponíveis na rede credenciada/conveniada do **Credenciante**, sempre será um direito do paciente, familiar ou responsável, não havendo por parte do CREDENCIANTE obrigação de promover demanda mínima de encaminhamento ao **Credenciado**.

6.1.4 Os encaminhamentos poderão ser **suspensos** caso haja uma das irregularidades constantes do subitem 11.4.7, da **Cláusula Décima Primeira**, até a regularização da situação em pauta.

### 6.2 Da autorização do encaminhamento

6.2.1 O encaminhamento para o **Credenciado** será **previamente autorizado** pelo **Credenciante**, salvo os casos de urgência ou emergência, que serão tratados na forma definida no item 6.4 desta cláusula.

6.2.2 A autorização será expressa por meio de **Guia de Encaminhamento (GE)**, emitida pelo **Credenciante**, podendo ser apresentada na forma provisória, ou seja, preenchida manualmente, por motivo de indisponibilidade dos sistemas de informação do **Credenciante**.

6.2.3 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data de expedição.

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nr 49/2025 - OCS - fl. nº 4)

6.2.4 **Os materiais e procedimentos cirúrgicos eletivos de alto custo** serão autorizados pela Administração em orçamento feito e apresentado pelo **Credenciado**. O orçamento deve apresentar de forma discriminada os itens que serão utilizados no tratamento.

6.2.5 Relativo aos **pacientes já internados no Credenciado**, para todo e qualquer **material de alto custo ou procedimento cirúrgico eletivo indicado**, diferente do autorizado na Guia de Encaminhamento inicial, deverá ser **solicitada autorização ao Médico Auditor com antecedência de 72 horas. Procedimentos cirúrgicos, exames diagnósticos e materiais de alto custo, em casos de urgência ou emergência não necessitam autorização prévia do Credenciante**, devendo ser **justificada** a condição urgência/emergência ao Médico Auditor, por escrito.

6.2.6 Quando, durante a internação, houver intercorrência que modifique o tratamento clínico ou cirúrgico autorizado, o médico assistente justificará a alteração através de relatório, ficando o **Credenciante** responsável pelas despesas decorrentes, após comprovar a urgência ou emergência do procedimento.

6.2.7 Tratamento ambulatorial e exames complementares indicados pelo médico assistente, após alta hospitalar, deverão ser autorizados pelo **Credenciante** por meio de nova Guia de Encaminhamento. Para tanto o **beneficiário** ou responsável deve retornar ao médico militar no **Credenciante** para obtenção desta nova Guia de Encaminhamento.

6.2.8 **Internações hospitalares prolongadas** deverão ser **renovadas a cada 10 (dez) dias**, prazo que poderá ser ajustado conforme necessidade mediante nota informativa emitida pelo Credenciante.

### 6.3 Providências do CREDENCIADO quanto ao atendimento

6.3.1 O atendimento acontece com o ato de acolhimento do **Beneficiário**, seguido obrigatoriamente da identificação e do recebimento da Guia de Encaminhamento para que seja realizada a prestação de serviços contratados, salvo os casos de urgência e emergência, em que a Guia de Encaminhamento deverá ser remetida posteriormente, conforme orientado no item 6.4.

6.3.2 **O Credenciado, não poderá realizar cobranças** relativas ao tratamento autorizado, diretamente ao **beneficiário**, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos por este credenciamento, salvo mediante apresentação do **ANEXO XIV**, nem orientar o **beneficiário** a pleitear o reembolso posterior junto ao **Credenciante**. **Os procedimentos não cobertos** devem ser analisados pelo **Credenciante** antes de processados, pois para fins de ressarcimento necessitam de autorização prévia, salvo casos de urgência ou emergência comprovada por médico auditor.

6.3.3. As internações serão feitas de acordo com a disponibilidade de vagas, não se responsabilizando o **Credenciado**, quando suas acomodações estiverem totalmente ocupadas, ou sua capacidade de atendimento saturada.

6.3.4 Os **Beneficiários** se submeterão ao prévio agendamento dos exames e procedimentos ambulatoriais, salvos os casos de urgência e emergência.

6.3.5 **Caso haja solicitação por parte do beneficiário pela prestação de serviço não coberto ou autorizado pelo Credenciante**, com a anuência deste, o **Credenciado** poderá disponibilizar o serviço pretendido, a seu critério, realizando a **cobrança diretamente ao Beneficiário, havendo ainda a necessidade de apresentar ANEXO XIV**.

6.3.6 O **Credenciado** deve informar ao **Credenciante** toda internação hospitalar efetivada, eletiva ou de urgência/emergência, no prazo de até dois dias úteis da data de internação, utilizando o endereço eletrônico: **fusexinternacao@gmail.com**, ou outro e-mail a ser disponibilizado pela Administração mediante nota informativa emitida pelo Credenciante, independente das obrigações dos **beneficiários**, com o **Credenciante**. A informação deve conter **nome, código de beneficiário, data e hora da internação e situação do atendimento** (eletivo/urgência/emergência).

6.3.7 As internações de urgência, sem guia, não comunicadas por e-mail em até

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nr 49/2025 - OCS - fl. nº 5)

48h úteis, serão passíveis de glosa administrativas e poderão ser desconsideradas para fins de cobertura pelo sistema de Saúde do Exército

6.3.8 Os óbitos deverão ser informados ao FuSEx no dia da ocorrência ou no primeiro dia útil imediatamente após o fato, utilizando o endereço eletrônico [fusexinternacao@gmail.com](mailto:fusexinternacao@gmail.com) ou ao médico da auditoria concorrente.

#### 6.4 Das condições de atendimento de urgência e pronto atendimento

6.4.1 Somente será autorizado o atendimento sem a (GE), nos casos de urgência ou emergência. A comprovação da urgência/emergência será feita pelo Médico Auditor do Credenciante.

6.4.2 Nos atendimentos de urgência e/ou emergência o Credenciado deverá proceder da seguinte maneira:

a) Identificar o **Beneficiário** na forma da **cláusula quinta**, deste credenciamento, **não** podendo exigir do **Beneficiário** a obtenção de Guia de Encaminhamento, ou de qualquer outro documento que vise uma autorização por parte do **Credenciante**, para a realização dos procedimentos de urgência/emergência;

b) O **Credenciado** deverá orientar o **Beneficiário** ou seu representante legal a assinar Termo de Responsabilidade sobre as despesas para com o **Credenciado** (modelo próprio do **Credenciado**), não podendo exigir outra forma de garantia;

c) Deverá o **Credenciado**, comunicar o fato ao Médico Auditor do **Credenciante**, no prazo de até dois dias úteis do ocorrido, fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência, independente de qualquer obrigação do **Beneficiário** com a Instituição Militar; e

d) Orientar o **Beneficiário**, ou seu responsável, a providenciar a Guia de Encaminhamento junto ao **Credenciante** e posterior entrega ao **Credenciado** e substituição do Termo de Responsabilidade.

6.4.3 O Credenciante providenciará a Guia de Encaminhamento após ter tomado conhecimento e comprovada a urgência/emergência do atendimento.

6.4.4 Na impossibilidade de realizar a identificação do Beneficiário, o **Credenciado** fica desobrigado a atendê-lo, nas condições pactuadas no presente credenciamento.

#### 6.5 Orçamento

6.5.1 Todos os procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou intervencionistas, e a utilização no atendimento de órteses, próteses, materiais ou medicações de alto custo, **necessitarão ser autorizados por Médico Auditor do Credenciante**. Para esta autorização, o **Credenciado** deverá apresentar ao Credenciante **orçamento discriminado**.

6.5.2 O **Credenciado** deverá confeccionar orçamentos, na forma individualizada para cada paciente.

6.5.3 Quando houver **necessidade de utilização de órteses, próteses ou materiais de alto custo**, o **Credenciado** encaminhará ao **Credenciante**, **03 (três) orçamentos em papel timbrado de fornecedores** distintos. Estes orçamentos deverão discriminar item a item os materiais contidos na solicitação médica. Na impossibilidade do cumprimento deste item, o **Credenciado** deverá enviar justificativa, por escrito, para tal.

6.5.4 A Administração verificará a disponibilidade do material com fornecedores próprios do **Credenciante**, e, em caso positivo, o material será adquirido pelo **Credenciante** e encaminhado às instalações do **Credenciado**. Caso não disponha de fornecedores próprios, será autorizado o orçamento mais conveniente após análise dos preços e informado ao **Credenciado**.

#### 6.6 Do padrão de acomodações

EM BRANCO

6.6.1 Os **beneficiários** têm direito aos padrões de acomodações hospitalares previstas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife **(ANEXO II)**.

6.6.2 Os militares da reserva ou reformados que perceberem vencimentos de grau hierárquico superior ao seu, ou pensionistas de militares nesta situação, tem direito à utilização dos padrões de acomodações referentes ao valor descontado, desde que o **beneficiário** apresente ao **Credenciante** contracheque que comprove esta situação e seja emitida a Guia de Encaminhamento com o padrão correto.

6.6.3 Caso o paciente seja transferido para a U.T.I, U.T.I. neonatal ou berçário, a dependência (quarto ou enfermaria) deve ser desocupada pelo acompanhante. Caso o acompanhante do paciente resolva ficar nas dependências do **Credenciado**, este deverá assumir os custos diretamente com o prestador do serviço.

6.6.4 No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com o padrão acima definido, o **Credenciado** obrigar-se-á, a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, **sem ônus para o beneficiário ou para o Credenciante**, até que ocorra vaga, quando então, será transferido.

6.6.5 É reservado ao beneficiário o direito de optar por instalações superiores às credenciadas, assim como pela utilização de itens complementares de conforto, para si e seu dependente, não constante em sua Guia de Encaminhamento. **Neste caso, caberá ao Credenciado cobrar diretamente do Beneficiário a diferença econômica (que inclui honorários profissionais, diárias, gastos com frigobar, entre outros), resultante deste direito.** O **Credenciante** não assumirá em hipótese alguma despesas desta natureza.

**6.7 Consultas especializadas, exames e procedimentos não disponíveis pelo credenciado.**

6.7.1 Pacientes internados nas instalações do Credenciado, que necessitem de atendimento com profissional de saúde não disponível pelo Credenciado, bem como exames ou procedimentos que necessitam ser realizados em outros estabelecimentos, fora do especificado como endereço do atendimento, **deverão ser realizados prioritariamente na rede credenciada do Credenciante**, depois de autorizado por este.

6.7.2 No caso de ser utilizada a rede credenciada do **Credenciante**, o profissional do **Credenciado**, que está assistindo o paciente, deverá solicitar a avaliação especializada, exame ou procedimento por escrito em formulário próprio do **Credenciado**, que deverá ser submetido à análise e aprovação pelo **Credenciante**.

**6.8 Remoção de paciente internado nas instalações do CREDENCIADO.**

6.8.1 Quando houver necessidade de remoção de ambulância para transferências hospitalares, realização de exames em outros hospitais ou clínicas especializadas, a responsabilidade e o custo ficam por conta do **Credenciado**.

6.8.2 O **Credenciante** não arcará com qualquer despesa decorrente de transporte de pacientes, não podendo ser objeto de cobrança pelo **Credenciado**, com fundamento neste instrumento de credenciamento.

**CLÁUSULA SÉTIMA - Dos serviços prestados e respectivos valores**

7.1 O valor é estimado deste Termo de Credenciamento, para fazer face às despesas relativas ao seu objeto, devendo ser tratado apenas como dado estatístico, visando determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento. Não

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nº 49/2025 - OCS - fl. nº 7)

pode, portanto, servir de base rígida para apresentação de Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período.

7.2 Estima-se o valor de R\$ 83.330,78 (oitenta e três mil e trezentos e trinta reais e setenta e oito centavos), para o primeiro ano de vigência deste Termo de Credenciamento.

7.3 Os atendimentos que poderão ser realizados por meio deste credenciamento ou, eventualmente, incluso por termo aditivo, restringem-se aos serviços de saúde cobertos pelos sistemas SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS aos seus **Beneficiários**, em conformidade com as respectivas normas reguladoras em vigência no momento do atendimento. **Esses serviços compreendem, sucintamente, os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos, os atendimentos de urgência e emergência, bem como o fornecimento e utilização de todos os recursos necessários à prevenção da doença e à recuperação da saúde dos beneficiários, incluindo:**

a) Consultas e outros atendimentos médicos, em clínicas básicas e especializadas, em consultório, pronto socorro 24 horas ou paciente internado (visita hospitalar);

b) Internação clínica, cirúrgica e em Unidade de Tratamento de Intensivo (UTI);

c) Serviços de apoio em especialidade de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;

d) Exames complementares cardiológicos, laboratoriais e de imagem, para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença;

e) Atendimento nas áreas de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, e demais áreas terapêuticas a reabilitação física e psicológica;

f) Atendimentos especializados como: quimioterapia, radioterapia, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; e

g) Demais recursos necessários: medicamentos, anestésicos, gases medicinais, hemoderivados e demais recursos terapêuticos para utilização em regime hospitalar; serviços gerais de enfermagem, alimentação específica ou normal, e nutrição parenteral ou enteral; acomodação e alimentação ao acompanhante do paciente; equipamentos e materiais, e outros.

7.4 Somam-se aos serviços, os descritos pelo **Credenciado**, por meio do Anexo XI do Edital de Credenciamento Nº 01/2024 de Organização Civil de Saúde (OCS) e Profissional de Saúde Autônomo (PSA), do Hospital Militar de Área de Recife.

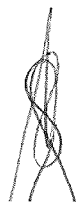
## CLÁUSULA OITAVA - Dos serviços não atendidos pelo credenciamento

8.1 Não devem ser prestados por este instrumento **os serviços não cobertos pelo SAMMED, FuSEx, SAMEx-Cmb e PASS** conforme o Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), informados pelo **Credenciante**. **É expressamente proibida** a subcontratação dos serviços relacionados neste Termo de Credenciamento.

8.2 Os gastos extraordinários com refeições extras para o acompanhante, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas, telefonemas, enfim tudo o que não for pago pelo **Credenciante**, serão cobrados pelo **Credenciado**, diretamente do paciente ou seu responsável. Quando autorizado pelo médico auditor as despesas com refeição do acompanhante poderão ser incluídas na conta hospitalar.

## CLÁUSULA NONA - Dos preços dos serviços

2



EM BRANCO

9.1 O **Credenciante** se compromete a pagar os serviços prestados na forma deste Termo de Credenciamento, observados as dotações dispostas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº 01/2024 de Organizações Civas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, cujos valores foram autorizados pela Diretoria de Saúde, conforme Parecer Técnico nº \_\_\_\_\_ DSau/SRAM, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

9.2 Os honorários e procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgência realizados em Organização Civas de Saúde (OCS) de Baixa, Média, Alta Complexidade serão calculados pelo Acordo CEHM- Comissão Estadual de Honorários Médicos no Estado de Pernambuco.

9.3 Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) com **acréscimo** de vinte por cento (20%) para OCS que exerçam atividades de filantropia e de trinta e dois por cento (32%) para as demais OCS. O valor de ICMS será de acordo com estabelecido para o Estado de Pernambuco, vigente para o ano corrente.

Quando existir quimioterápico (antineoplásico) genérico este será pago preferencialmente.

9.4 Os quimioterápicos serão remunerados conforme dose fracionada consumida, exceto para drogas sem estabilidade ou com estabilidade de até 24 horas. Em caso de drogas que tenham estabilidade adequada para segunda infusão, será cobrado pela quantidade consumida.

9.5 Os serviços de saúde que não constem no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS do H Mil A Recife (**ANEXO II**), poderão ser realizados excepcionalmente, seguindo o previsto na legislação que regula o atendimento aos beneficiários do SAMMED/FuSEx/SAMEx-Cmb/PASS, após prévia autorização do Comando da 7ª Região Militar (Cmdo 7ª RM). A autorização para realização de serviços não previstos neste instrumento, conforme disposto acima, dependerá do fornecimento, pelo prestador de serviço, de orçamento discriminado e de declaração manifestando aceitação em receber o pagamento pelos serviços prestados do Hospital Militar de Área de Recife, seguindo a mesma sistemática de pagamento adotada para os serviços credenciados.

9.6 A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS do H Mil A Recife (**ANEXO II**).

9.7 Para materiais descartáveis será considerada a tabela de material descartável (**ANEXO "E"**). Os materiais descartáveis de valor superior à R\$ 700,00 (setecentos reais), necessitam de aprovação pelo médico Auditor do **Credenciante**, com exceção dos casos de urgência/emergência e risco de vida.

9.8 Para OPME será utilizado a tabela do anexo; quando o OPME não constar nesta tabela, será solicitado o envio de 03 (três) orçamentos em papel timbrado de fornecedores distintos. Estes orçamentos deverão discriminar item a item os materiais contidos na solicitação médica. Na impossibilidade do envio dos orçamentos neste formato, o **Credenciado** deverá enviar justificativa, por escrito, para tal.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - Do reajustamento de preços e atualização monetária**

10.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária ocorrerão com intervalo mínimo de um ano, previsto na Lei Nº 14.133/21, sempre vinculados ao Referencial de Preços

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nº 49/2025 - OCS - fl. nº 9)

dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado neste Edital do Hospital Militar de Área de Recife, após homologação do Escalão Superior, passando a vigorar a contar da data de sua publicação para todo(s) Termo(s) de Credenciamento vigente(s), independente da(s) data(s) de suas assinaturas, e dentro do que possibilita o Decreto Nº 1.054/94 e alterado pelo Decreto Nº 1.110/94, Leis Nº 8.800/94 e Nº 192/01.

10.2 Quaisquer reajuste de preço só terá validade em função de reajuste nas tabelas mencionadas no Referencial de Preços dos Serviços de Saúde de OCS e PSA do H Mil A Recife (**ANEXO II**), apresentado no Edital de Credenciamento Nº 01/2024 de Organizações Cívicas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, do Hospital Militar de Área de Recife, desde que em comum acordo entre as partes, formalizado em Termo Aditivo (mediante parecer jurídico e aprovação pelo Escalão Superior).

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das condições de pagamento

### 11.1 Da apresentação das faturas

11.1.1 As faturas concernentes aos serviços prestados serão apresentadas pelo CREDENCIADO em 01 (uma) via, em nome do Hospital Militar de Área de Recife, com maior brevidade possível.

11.1.2 As **faturas ambulatoriais** deverão relacionar os **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços efetuados, bem como apresentar em anexo as Guias de Encaminhamento (GE) na ordem de apresentação dos nomes dos pacientes, acompanhadas da solicitação médica e documento que comprove a realização do serviço.

11.1.3 Para as **faturas de internamentos hospitalares e atendimentos em Pronto Atendimento**, o prontuário médico com o devido consumo faturado ficará disponível para a auditoria *in loco*, sendo apresentado ao **Credenciante** a relação dos **beneficiários** atendidos no período e os respectivos serviços realizados, com as Guias de Encaminhamento (GE), acompanhadas de toda documentação comprobatória da realização do procedimento cirúrgico e/ou internação. No caso de material de alto custo, ou medicamentos, materiais descartáveis e materiais especiais, deverá constar junto à documentação o código de barra do OPME utilizado.

11.1.4 A fatura deve discriminar dados da Guia de Encaminhamento (número da GE, exceto para Guia Provisória), dados do usuário atendido (nome; Nº do código de beneficiário; Nº do prec-cp; nº da PASS), dados dos atendimentos (data; código e nome do serviço; materiais; medicamentos e respectivos fabricantes; valor em Reais por item discriminado) e valor total da fatura.

11.1.5 **Será obrigatória** a apresentação de uma Guia de Encaminhamento para cada atendimento relacionado na fatura. Não será permitido referenciar uma Guia de Encaminhamento que tenha sido anexada em outra fatura ou que será incluída em fatura no futuro. Em períodos regulados pelo **Credenciante**, as prorrogações das internações deverão ser feitas por meio de emissão de nova Guia de Encaminhamento.

11.1.6 Os atendimentos devem ser agrupados em faturas distintas para cada grupo de **beneficiário** (SAMMED, FuSEx, SAME-Cmb, PASS e aguardando Prec-CP) e outros conforme orientado pelo **Credenciante**.

11.1.7 A entrega das faturas ao **Credenciante** deverá ocorrer de **em horários regulados pela administração**, na Seção de Contas Médicas Externas do H Mil A Recife.

11.1.8 A fatura deverá ser entregue ao CREDENCIANTE em até 90 (noventa) dias ininterruptos, exceto nos casos de óbito (ver item 11.1.9) a contar da data de emissão da Guia de Encaminhamento – GE. As GE apresentadas pelo paciente ao credenciado após 30 (trinta) dias da sua emissão só poderão ser aceitas se estiverem

EM BRANCO

**revalidadas pelo FuSEx/HMAR.**



11.1.9 No caso de óbito, a fatura referente à internação deverá ser remetida em até 7 (sete) dias à Seção de Contas Médicas Externas para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

### 11.2 Da lisura e glosas

11.2.1 As faturas apresentadas pelo Credenciado referente aos serviços prestados aos beneficiários do Credenciante serão submetidas à lisura pré-pagamento.

11.2.2 É reservado ao Credenciante, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial nos procedimentos apresentados em desacordo com as disposições contidas neste Termo de Credenciamento, de acordo com a legislação aplicável e atos normativos pertinentes.

11.2.3 O Credenciante terá prazo de **30 (trinta) dias corridos** para realizar a auditoria das contas, contados a partir da data de entrega da fatura, emitindo um relatório de lisura/glosa.

11.2.4 O Credenciado será notificado por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do Processo de Glosa. Uma vez notificado da glosa e não concordando com a mesma, o Credenciado terá o máximo de **10 (dez) dias corridos**, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo pelo qual não aceita a glosa.

11.2.5 O Credenciado, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto ao Credenciante.

11.2.6 No caso do Credenciado, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pelo Credenciante, não cabendo ao Credenciado recurso posterior.

11.2.7 Finalizado o processo de glosa, será registrada a aceitação por ambas as partes.

11.2.8 Fica expressamente proibido ao Credenciado a cobrança dos valores glosados diretamente do beneficiário.

11.2.9 Para efeito deste credenciamento, os prazos iniciam no próximo dia útil subsequente da abertura do prazo e terminam no último dia útil dentro do prazo.

### 11.3 Dos motivos de glosa

11.3.1 Serão motivos de glosa por parte do Credenciante:

a) Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória. **Salvo guia remetida com assinatura digital;**

b) Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;

c) Valores em discordância aos pactuados neste credenciamento;

d) Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;

e) A falta de data de atendimento na fatura;

f) A falta de data ou assinatura do beneficiário no verso da Guia de Encaminhamento será motivo para glosa do valor da sessão em falta (**nos casos de reabilitação em regime ambulatorial**);

g) Falta de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses, e materiais de alto custo (**salvo os casos de urgência/emergência**);

h) Falta do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes da Guia de Encaminhamento;

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nº 49/2025 - OCS - fl. nº 11)

- i) Falta do horário de atendimento quando for realizado em caráter de urgência ou emergência;
- j) Realização de procedimento em data superior a 30 (trinta) dias de emissão da Guia de Encaminhamento;
- k) Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;
- l) A falta de especificação na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;
- m) Os motivos de glosas apresentados são meramente exemplificativos, podendo existir outros não relacionados; e
- n) Qualquer outro descumprimento de cláusula deste credenciamento.

11.3.2 O **Credenciante não** reconhecerá as despesas referentes às Guias de Encaminhamento anexadas às faturas com data de encaminhamento **superior a 90 (noventa) dias de sua emissão ou de 60 (sessenta) dias após a execução dos serviços.**

#### 11.4 Do pagamento

11.4.1 O **Credenciante** se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares e após a liquidação, dentro de um **prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço, excetuando-se os alongamentos de atrasos relativos a liberação de recursos pelo Escalão Superior.**

11.4.2 A atualização monetária quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento por culpa exclusiva do **Credenciante**, iniciará a partir do trigésimo primeiro dia da data de liquidação da Nota Fiscal de Serviço prestado e se dará conforme disposto no Art 36 § 4º da Instrução Normativa Nº 03 de 15 de outubro de 2009, do Secretário de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde os juros de mora serão calculados à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$EM = I \times N \times VP$ , onde:

$I = \frac{(TX/100)}{365}$

365

I = Índice de atualização financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual

EM = Encargos moratórios

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento

VP = Valor da parcela em atraso

11.4.3 Sobre o valor devido ao **Contratado**, a Administração reterá o **Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)**, a **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)**, a **Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** e a **Contribuição para o PIS/PASEP**, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 480, de 15 de dezembro de 2004, além do valor correspondente ao **Imposto Sobre Serviços (ISS)**.

11.4.4 O **Credenciado** apresentará Nota Fiscal, em **até 5 (cinco) dias úteis após solicitação do Credenciante**, para permitir a continuidade do processo de pagamento (liquidação e pagamento).

11.4.5 O pagamento da despesa pelo agente recebedor se dará através de crédito bancário na conta da empresa, desde que haja disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Tesouro Nacional ou pelo Fundo do Exército, para atender o cronograma de desembolso, conforme o prescrito no Parágrafo Único, do Art. 9º, combinado com o Art. 12, do Decreto Nº 1.054/94.

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nº 49/2025 - OCS - fl. nº 12)

11.4.6 Em todas as fases do processo de pagamento será verificada a regularidade fiscal e trabalhista do **Credenciado**, por meio de consulta ao SICAF e na falta deste através das respectivas certidões.

11.4.7 No caso do **Credenciado** se encontrar em uma situação fiscal ou trabalhista irregular no momento do pagamento devido à falta de atualização de uma das certidões obrigatórias (**Certidão Conjunta da Receita Federal e da Dívida Ativa da União, Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais - Certidão do INSS, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Regularidade Fiscal do Governo Estadual**), CADIN (Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal), CEIS (Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas), CNJ de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do **Tribunal de Contas da União**, ou falta de atualização do cadastro do CREDENCIADO no SICAF será realizado os seguintes procedimentos, conforme orientação do Escalão Superior:

a) O **Credenciado**, após notificação, terá um **prazo de 15 (quinze) dias para a regularização da pendência**, sendo que após este prazo haverá o pagamento das despesas efetuadas independentemente se foi ou não sanada a irregularidade; e

b) No caso do **Credenciado** permanecer com a situação irregular, após o prazo de notificação, o mesmo será novamente notificado para que em um **prazo de 30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogável até atingir o limite de **60 (sessenta) dias**, regularize a situação, **sob pena de rescisão de contrato e sanções**, conforme a cláusula décima quinta deste instrumento contratual, sendo **garantido o contraditório e a ampla defesa**.

11.4.8 Não serão efetuados pagamentos ao **Credenciado**, sem que isso gere direito a reajustamento de preços, atualização monetária ou aplicação de penalidade ao **Credenciante**, quando ocorrerem as seguintes situações:

a) Enquanto perdurar pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual por parte do **Credenciado**; e

b) Não apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados, nas condições prescritas pelo **Credenciante**.

11.4.9 Após a alta da mãe, as despesas referentes ao atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto o previsto no § 1º do art. 7º das IG 30-32) contribuinte do FuSEx/SAMMED serão implantadas em 100% do seu valor, no código ZM1, desde que vinculadas ao evento do nascimento ou sejam referentes a procedimentos de urgência ou emergência, até a alta do recém-nascido, conforme estabelece o art. 12 da Portaria nº DGP-48/2008, bem como seu Anexo A.

11.4.10 O atendimento neonatal a filho de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de filho natural do SC falecido) contribuinte da PASS será coberto pela PASS enquanto durar a internação vinculada ao evento do nascimento, conforme o art. 23 da Portaria nº DGP-117/2008 (IR 30-57).

11.4.10.1 Após a alta da beneficiária dependente ou da pensionista contribuinte, as despesas referentes ao filho recém-nascido que permanecer hospitalizado serão implantadas em 100% (cem por cento) de seu valor.

11.4.11 As partes concordam que, na hipótese de o HMAR efetuar o pagamento de fatura em valor diferente daquele cobrado efetivamente pelos serviços prestados, motivada por erro próprio ou da **Contratada**, será efetuada a devida compensação financeira na fatura seguinte à da comprovação do ocorrido.

11.4.12 Em hipótese alguma o **Credenciado** poderá submeter o paciente que está sendo atendido qualquer assunto referente a pagamento de serviços prestados que estejam sendo objeto de discussão entre as partes, com a finalidade de preservar o paciente de

EM BRANCO

(Continuação do Termo de Credenciamento Nº 49/2025 - OCS - fl. nº 13)

questões administrativas que possam lhe causar transtornos. A não observância poderá resultar na aplicação das sanções previstas neste credenciamento garantidos o contraditório e a ampla defesa.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da vigência

O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Dos acréscimos e supressões

13.1 O presente Termo de Credenciamento poderá receber **termos aditivos e apostilamentos** que ajustem acréscimos ou retiradas de serviços existentes, por ocasião de sua assinatura, com os competentes reajustes ou não de preços, respectivamente, se formulados durante a sua vigência.

13.2 O presente Termo de Credenciamento poderá ser alterado unilateralmente pelo **Credenciante**, quando houver modificação das especializações dos serviços, visando a melhor adequação técnica aos seus objetivos, quando for necessário modificar o valor contratual, em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites, ou mediante acordo entre as partes, nas hipóteses previstas no Art. 124 na Lei Nº 14.133/21.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização

14.1 A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo **Credenciante**, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados pelo Credenciado, através do **fiscal de contrato**, com o auxílio dos componentes do **Credenciante**, que realizam a auditoria concorrente (Art. 117 da Lei Nº 14.133/21), reservando-se o direito de recusar ou sustar a prestação dos serviços que não sejam executados dentro das condições estipuladas neste instrumento contratual.

14.2 O **Credenciante** realizará o acompanhamento de desempenho do **Credenciado**, por intermédio das informações das auditorias realizadas e registradas nos processos de pagamento, assim como das irregularidades elencadas nos itens supracitados desta cláusula, anexando ao processo, às respectivas informações.

14.3 O **Credenciado** garantirá acesso às suas instalações aos auditores do **Credenciante**, para fins de averiguação ou de verificação da qualidade das instalações e dos serviços credenciados, disponibilizando-lhes todas as informações e documentos requeridos.

14.4 Quando forem detectadas irregularidades, o **Credenciante** solicitará ao **Credenciado** que envie suas justificativas, por escrito e no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da solicitação.

14.5 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **Credenciado** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas, ou a rescisão do credenciamento.

14.6 Caberá ao **Credenciado** obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, reservando-se o **Credenciante** o direito de recusar ou sustar a prestação de serviços não previstos nas normas estabelecidas.

14.7 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste instrumento contratual por auditores do **Credenciante** não exclui nem reduz a responsabilidade do **Credenciado**. A responsabilidade a que se refere a presente cláusula estende-se à reparação de dano por falta eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagem.

14.8 O **Credenciado** é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do

EM BRANCO



(Continuação do Termo de Credenciamento Nr 49/2025 - OCS - fl. nº 14)

credenciamento, não excluindo ou reduzido essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo órgão interessado.

#### **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - Das sanções**

As sanções aplicáveis nestam previstas na Seção 12 – “DAS SANÇÕES” - do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Da rescisão**

O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13– “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Dos direitos das partes**

17.1 Constitui direito legal do **Credenciante** ter o serviço prestado, objeto deste termo de credenciamento, dentro dos prazos e nas demais condições estabelecidas neste credenciamento e em seus anexos.

17.2 São direitos legais do **Credenciado**:

a) Receber do **Credenciante** o pagamento pela prestação dos serviços, objeto deste Termo de Credenciamento, nos prazos e condições estabelecidas no mesmo; e

b) Requerer ao **Credenciante** a rescisão deste Termo de Credenciamento, caso esta descumpra qualquer uma das cláusulas estabelecidas no mesmo ou venha a ocorrer quaisquer das previstas nos incisos § 2º, IV do Art. 137 da Lei Nº 14.133/21.

17.3 O **Credenciado** reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão contratual, previstos na Lei Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Das obrigações e responsabilidades do CREDENCIADO**

As obrigações constam da Seção 11 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Das obrigações do CREDENCIANTE**

As obrigações constam da Seção 10 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - Da negação de remuneração a Militares e servidores**

O militar, estando na ativa, não poderá receber remuneração, honorários, complementação destes ou pagamento por serviços profissionais prestados ao beneficiário atendido sob a regência do presente Termo de Contrato.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - Da subcontratação**

EM BRANCO



EM BRANCO



EM BRANCO