

ANEXO - PROGRAMA CUIDAR MAIS

Este instrumento define as condições comerciais do PROGRAMA CUIDAR MAIS ("PROGRAMA") vinculado ao Contrato de Prestação de Serviços ("Contrato") firmado entre **ÍTEGRA MEDICAL CONSULTORIA S.A.**, denominada **CONTRANTE** e **CIONC-CENTRO INTEGRADO DE ONCOLOGIA DE CURITIBA SS**, denominada **CONTRATADA**, ambas qualificadas no Contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

EXAMES E PROCEDIMENTOS

1. A **CONTRATADA** se compromete a realizar as infusões nos pacientes cadastrados no **PROGRAMA** do(s) seguinte(s) medicamento(s):

Realiza	Medicamento	Valor
SIM	Erelzi	R\$ 300,00
SIM	Hyrimoz	R\$ 300,00
SIM	Riximyo	R\$ 350,00

2. A **CONTRATADA** também se compromete a disponibilizar para os pacientes cadastrados no **PROGRAMA** o(s) seguinte(s) exames:

Realiza	Tipo de Procedimento	Valor
NÃO	Calprotectina Fecal	-----
NÃO	Creatinina Sérica	-----
NÃO	Nível sérico de Adalimumabe	-----
NÃO	Anticorpo-Antidroga de Adalimumabe	-----
NÃO	Anticorpo-Antidroga de Etanercepte	-----
NÃO	Colonoscopia	-----
NÃO	Ultrassonografia Articular	-----
NÃO	Ressonância Magnética de Articulações Sacroilíacas	-----

3. Para que os procedimentos acima relacionados sejam realizados, a **CONTRATADA** deverá solicitar ao paciente do **PROGRAMA** o seu número de CPF a prescrição médica válida.

PVS

AH



4. Na remuneração prevista neste instrumento já estão incluídas todas as despesas diretas e indiretas relacionadas a execução dos serviços, incluindo: (i) o fornecimento de mão-de-obra especializada; (ii) treinamento; (iii) seleção de pessoal; (iv) uniformes; (v) todos os impostos, taxas e contribuições, federais, estaduais e/ou municipais, nacionais ou estrangeiros; (vi) custos referentes a transporte de materiais e de pessoal; (vii) encargos trabalhistas, sociais e previdenciários em geral (inclusive adicionais de insalubridade, noturno e de periculosidade) referentes ao pessoal da **CONTRATADA** designado para a execução dos serviços; (viii) materiais de consumo; e (ix) todos os demais custos e despesas a serem incorridos pela **CONTRATADA** na execução integral dos serviços.

5. A **CONTRATADA** declara estar ciente de que, sob nenhuma hipótese, poderá cobrar qualquer valor adicional aos Pacientes do **PROGRAMA** para prestação dos serviços ora pactuados.

6. Não será providenciado o pagamento das infusões em situações onde o **PROGRAMA** identificar que o paciente não possui prescrição médica válida e não estiver com seu cadastro ativo.

7. A **CONTRATADA** deverá enviar sempre que solicitado pelo médico prescritor do paciente, os documentos com os registros de infusões.

8. A **CONTRATADA** deverá garantir um ambiente adequado para as infusões dispondo de cadeira de infusão apropriada, bomba de infusão, balança para pesagem do paciente antes da infusão e termômetro.

9. A **CONTRATADA** deverá manter atualizada toda documentação contratual, e sempre que solicitado encaminhar a **CONTRATANTE**, sendo passível de bloqueio de atividades.

10. A **CONTRATANTE** será avaliadora e aprovadora das declarações de infusão e prescrições médicas, em caso de identificação de rasuras ou informações divergentes, a **CONTRATADA** será questionada e deverá providenciar a correção no prazo de 03 (três) dias, não sendo corrigida a pendência no prazo, a **CONTRATANTE** não providenciará o pagamento da infusão.

11. A **CONTRATADA** deverá acessar a ferramenta website do **PROGRAMA** para inclusão das declarações de infusões e prescrições médicas no prazo de 03 (três) dias.

12. A **CONTRATADA** deverá treinar e/ou reciclar sempre que identificado alguma reclamação no processo de atendimento aos pacientes, e fornecer uma cópia do registro de treinamento/reciclagem do **PROGRAMA** para evidência do processo.



PVS

AH



13. A **CONTRATADA** se responsabiliza a encaminhar e anexar no website do **PROGRAMA**, as prescrições médicas e declarações de infusões dos pacientes. A validade da prescrição médica será considerada de 01 (um) ano ou quando houver alteração de prescrição.

FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE

14. As faturas de pagamentos referentes ao objeto deste **ANEXO**, deverão ser enviadas pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços, separadas por diagnósticos, juntamente com as declarações dos pacientes e prescrições médicas inseridas no website do **PROGRAMA**, devidamente preenchidos, datados e assinados pelos Pacientes sem apresentação de rasuras.

14.1. As Notas Fiscais emitidas pela **CONTRATADA** deverão ser faturadas em favor da empresa **CONTRATANTE**, mensalmente.

14.2. Recebida a Nota-Fiscal de serviços, juntamente com a documentação exigida, a **CONTRATANTE** efetuará o pagamento à **CONTRATADA**, mediante transferência bancária em conta a ser indicada por esta, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento da Nota Fiscal de Serviços.

14.3. A **CONTRATADA** se declara ciente de que a **CONTRATANTE** não providenciará, em hipótese alguma, o pagamento de Notas Fiscais emitidas de forma retroativa, em decorrência de serviços prestados nos meses anteriores e que seja identificada alguma pendência no website do **PROGRAMA**.

15. Os procedimentos, exames e consultas não suportados pela documentação exigida serão glosados pela **CONTRATANTE** da Nota-Fiscal enviada pela **CONTRATADA**, sem que seja devido qualquer encargo moratório à **CONTRATANTE**. A **CONTRATANTE** não está autorizada a realizar nenhum procedimento onde paciente não esteja cadastrado no **PROGRAMA**.

16. Caso haja custos pelo cancelamento e emissão de Nota Fiscal, devido a alteração de tomador de serviço, o valor despendido poderá ser incluso na nova nota emitida.

17. Os preços fixados no presente **ANEXO** poderão ser reajustados mediante acordo entre as Partes.

FARMACOVIGILÂNCIA

18. Se a **CONTRATADA** tiver conhecimento de um Evento Adverso que ocorreu em um paciente em função da aplicação/infusão do medicamento(s) objeto do presente **ANEXO**, deverá relatar tal ocorrência à **CONTRATANTE** dentro do prazo de 12 (doze) horas a partir do seu conhecimento. A **CONTRATADA** deverá notificar todos os Eventos Adversos e



PVS

RH



qualquer informação pessoal relevante relacionada a saúde do paciente à **CONTRATANTE** via central de atendimento do **PROGRAMA** através do telefone 0800 770 1256 ou através do e-mail cuidarmais@suporteapaciente.com.br, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

COMUNICAÇÕES

19. Toda e qualquer comunicação pela **CONTRATADA** relacionada ao presente **ANEXO** deverá ser efetuada através dos seguintes canais: (i) via e-mail (cuidarmais@suporteapaciente.com.br) com aviso de recebimento e leitura; (ii) via correspondência com aviso de recebimento (no endereço descrito na qualificação das partes); ou (iii) via telefone do **PROGRAMA** (11 5054-9199).

AUDITORIA

20. A **CONTRATADA** deverá manter os registros das documentações, assim como dos documentos fiscais e legais relativos à prestação de serviços, e apresentá-los à **CONTRATANTE** sempre que solicitado.

21. A **CONTRATADA** declara ter conhecimento que a **CONTRATANTE** poderá, as suas expensas, realizar auditorias em suas dependências, podendo para tanto examinar e fazer cópias de todos os documentos e materiais diretamente relacionados ao objeto do presente instrumento e que estão em seu poder, incluindo livros contábeis e registros relacionados. Para tanto, a **CONTRATANTE** deverá informar por escrito a **CONTRATADA**, com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência, o dia e hora da visita proposta, a qual deverá ser feita durante o horário normal de expediente da **CONTRATADA**.

ANEXOS ANTERIORES

22. 1. O presente **ANEXO** rescinde e substitui de pleno direito quaisquer Anexos e entendimentos de igual objeto porventura existentes entre as partes anteriormente à data de sua assinatura.

ACEITE

23. A **CONTRATADA** acima qualificada declara estar de pleno acordo com as condições acima estabelecidas e, ciente de suas responsabilidades, declara, ainda, que observará todos os procedimentos e obrigações que lhe foram atribuídas.

São Paulo, 09 de novembro de 2020.

Alessandro Hartmann

CIONC-CENTRO INTEGRADO DE ONCOLOGIA DE CURITIBA SS



[Handwritten signature] PVS