ANEXO “A” - REFERENCIAL DE PREÇOS E PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
CENTRO DE LANÇAMENTO DE ALCÂNTARA
GRUPO DE SAÚDE DE ALCÂNTARA

REFERENCIAL DE PREÇOS E PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O Centro de Lançamento de Alcântara (CLA) obriga-se ao pagamento dos serviços prestados pelas empresas Credenciadas, adotando os preços e tabelas detalhadas neste Anexo, cujos descritores e valores foram referenciados nas tabelas usuais do mercado de saúde suplementar, e os valores definidos a partir de pesquisa de preços praticados em saúde na praça do Maranhão. Não haverá distinção de valores para um mesmo serviço prestado por CREDENCIADAS diferentes, com exceção dos pacotes de Anestesia de Imperatriz.

REFERENCIAL DE PREÇOS

1. Consultas médicas em Ambulatório ou em Pronto Atendimento - Conforme tabela abaixo:

DESCRIÇÃO	VALOR ESTIMADO
Consulta médica ambulatorial ou em pronto atendimento – Todas as especialidades médicas (Ex: Clínico Geral, Oftalmologia, Neurologia, Pediatria e etc.)	R$ 130,00
Consulta médica ambulatorial ou em pronto atendimento – Subespecialidades Pediátricas (Ex: Neuropediatria, Gastropediatria, Oftalmopediatria e etc.)	R$ 180,00

1.1. **Retorno de consulta ambulatorial**: em casos de retorno de consulta, inclusive para entrega e avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio médico, não será cobrada nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para agendar consulta de retorno em até 30 (trinta) dias a contar da data da última consulta. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos ou emitir algum laudo para o exame, será cobrada nova consulta.

1.2. **Parecer médico profissional em ambulatório ou pronto-socorro:** o valor adotado pelo GSAU-AK, será de R$ 380,00 (trezentos e oitenta reais), a ser emitido somente por necessidade deste Grupo, mediante solicitação formal do Comandante.

1.3. **Relatório médico profissional para Junta de Saúde:** o valor adotado pelo GSAU-AK será de R$ 130,00 (cento e trinta reais).

2. Honorários médicos ambulatoriais e hospitalares e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT): Será adotado, como referencial para codificação e descrição dos procedimentos o previsto na Tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2014 e portes segundo descrito abaixo. Para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas, progressivamente, suas atualizações e será pago a Unidade de Custo Operacional (UCO) com valor igual a R$ 16,15 (dezesseis Reais e quinze centavos).

1A	R$ 14,49	**5C**	R$ 328,54	**10B**	R$ 1.088,81
1B	R$ 28,97	**6A**	R$ 357,84	**10C**	R$ 1.208,51
1C	R$ 43,47	**6B**	R$ 393,51	**11A**	R$ 1.278,56
2A	R$ 57,96	**6C**	R$ 430,43	**11B**	R$ 1.402,08
2B	R$ 76,40	**7A**	R$ 464,82	**11C**	R$ 1.538,35
2C	R$ 90,42	**7B**	R$ 514,48	**12A**	R$ 1.594,37
3A	R$ 123,55	**7C**	R$ 608,70	**12B**	R$ 1.714,08
3B	R$ 157,87	**8A**	R$ 657,11	**12C**	R$ 2.099,93
3C	R$ 180,83	**8B**	R$ 688,94	**13A**	R$ 2.311,33
4A	R$ 215,22	**8C**	R$ 730,96	**13B**	R$ 2.535,46
4B	R$ 235,60	**9A**	R$ 776,82	**13C**	R$ 2.804,16
4C	R$ 266,16	**9B**	R$ 849,41	**14A**	R$ 3.125,07
5A	R$ 286,52	**9C**	R$ 935,98	**14B**	R$ 3.400,15
5B	R$ 309,45	**10A**	R$1.004,81	**14C**	R$ 3.750,34

2.1. Caso o honorário médico seja incluído na composição de pacote, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

2.2. Quanto aos Procedimentos SADT em duas ou mais Regiões:

2.2.1. No caso dos procedimentos solicitados em duas ou mais regiões serem realizados no mesmo dia, os honorários dos procedimentos serão cobrados conforme Tabela CBHPM 2014 e o material e medicamento serão inseridos apenas uma vez;

2.2.2. Quando realizados em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o exame principal ou de maior valor em 100%, o segundo de maior valor em 70%, conforme tabela CBHPM 2014;

2.2.3. Somente nos casos em que o Paciente não esteja em condições de realizar os dois ou mais procedimentos no mesmo dia, haverá cobrança do pacote de material para cada procedimento realizado em dias distintos, devidamente justificada a impossibilidade; e

2.2.4. Para exames de Medicina Nuclear realizados em um mesmo ato, dinâmicos ou em duas ou mais regiões, o material e medicamento serão inseridos apenas uma vez e cobrados conforme referencial da Tabela CBHPM 2014.

2.3. **Filme radiológico:** Para SADT, em que seja necessário uso do filme radiológico, adotar-se-á como referência para o cálculo valor conforme tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia vigente à época do atendimento. O tamanho do filme será definido tendo a Tabela CBHPM 2014 como referência.

2.4. **Para os serviços de Anestesia:** será adotada, como referecial para codificação e descrição dos procedimentos o previsto na Tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2016 com inflator de 9,5%, conforme tabela abaixo. Para efeito de atualizações será utilizado a Unidade de Custo Operacional (UCO) com valor igual a R$ 19,36 (dezenove reais e trinta e seis centavos):

PORTE ANESTÉSICO	PORTE	CBHPM 2016 + INFLATOR DE 9,5%
0	Consulta pré anestésica	R$ 130,00
1	3A	R$ 162,28
2	3C	R$ 232,19
3	4C	R$ 349,60
4	6B	R$ 516,88
5	7C	R$ 799,55
6	9B	R$ 1.115,71
7	10C	R$ 1.587,39
8	12A	R$ 2.094,23

2.5. **Excepcionalmente para os serviços de Anestesia realizados na cidade de Imperatriz:** será adotado a tabela de preços abaixo:

PORTE ANESTÉSICO	PORTE	VALOR
0	Consulta pré anestésica	R$ 138,93
1	3A	R$ 548,76
2	3C	R$ 548,76
3	4C	R$ 548,76
4	6B	R$ 719,29
5	7C	R$ 1.706,98
6	9B	R$ 1.708,92
7	10C	R$ 2.430,10
8	12A	R$ 3.109,26

2.6. **Horários diferenciados (todas as localidades):** Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades: quando o atendimento for realizado no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte e, em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados.

2.7. **Reaplicação (todas as localidades):** Nos procedimentos de litotripsia extracorpórea, ureterorrenolitotripsia e cistolitotripisia, considera-se reaplicação quando o procedimento ocorrer em até 3 meses após a primeira aplicação, conforme orientações da tabela CBHPM 2014.

2.8. **Visita hospitalar (todas as localidades):** Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a 1 (uma) visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar no prontuário a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista.

2.9. **Honorários médicos em ambiente hospitalar (todas as localidades):** Fica previsto a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação nos casos de pacientes que fazem jus a acomodação em apartamento ou quarto privativo, exceto na internação em hospital dia ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Procedimentos diagnósticos e terapêuticos) da CBHPM 2014. Caso os honorários estejam incluídos na composição de taxas ou pacotes, os mesmos não poderão ser cobrados separadamente.

2.10. **Oftalmologia (todas as localidades):** A consulta oftalmológica inclui a anamnese, refração, inspeção e exame de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior e exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada seis meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica da necessidade do exame.

2.11. **Psiquiatra (todas as localidades):** A assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar. Em regime ambulatorial, o beneficiário tem direito a consulta – uma a cada quinze dias – e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a duas sessões semanais por beneficiário. Em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação (limitado a 30 dias) e nome do hospital. Estão previstas até três visitas hospitalares semanais para pacientes crônicos e até uma por dia para pacientes graves. A concessão de diária do acompanhante de pacientes psiquiátricos será avaliada pelo Chefe do Grupo de Saúde de Alcântara.

3. **Radiodiagnóstico (todas as localidades):** Exames radiológicos, ultrassom, tomografia e ressonância magnética são calculados por procedimento e não por incidência. Deve ser informada na fatura apenas a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado, pois o valor do filme já é calculado para o pagamento à CREDENCIADA. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto à fatura. Para exames cujo contraste não é previsto, a CREDENCIADA deverá solicitar autorização prévia da CREDENCIANTE, informando a necessidade do procedimento.

4. **Medicamentos e radiofármacos (exceto antineoplásicos):**

4.1. **Para medicamentos de uso restrito em ambiente hospitalar e Medicamentos não-restritos a ambiente hospitalar (todas as localidades):** será utilizada como referência a coluna "preço fábrica - PF" da Lista de Preços de Medicamentos para compras públicas, emitida por parte da CMED (Câmara de Regulação do Mercado de medicamentos)/ANVISA (http://portal.anvisa.gov.br/cmed), respeitando o percentual do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) do estado do Maranhão. A cobrança se dará conforme a data em que os medicamentos forem efetivamente usados no paciente.

4.1.1. Não havendo registro do medicamento utilizado na tabela CMED/ANVISA, a sua utilização deverá ser justificada no prontuário do paciente. O pagamento será realizado através da apresentação de 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser emitidos pelo fornecedor do produto devendo conter as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado de acordo com o menor valor do orçamento apresentado, respeitando o valor médio praticado no mercado local. Caso o medicamento esteja incluído na composição do pacote, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

4.1.2. Afasta-se a presente regra de preço caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.

4.1.2.1. Na hipótese do item anterior será adotada a regra de preço para "medicamentos de preço livre".

4.1.3. Para os medicamentos (valor unitário ou dose unitária) cujo somatório apresente valor máximo de até R$ 500,00 (quinhentos reais) não será necessária a autorização prévia pela CREDENCIANTE. Contudo, caso o medicamento utilizado ultrapasse o valor de R$ 500,00 (quinhentos reais) se fará necessária a autorização prévia pela CREDENCIANTE;

4.1.4. Medicamentos serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações em que, tecnicamente, permitirem seu fracionamento. O faturamento dos medicamentos

será proporcional “a quantidade fracionada” e utilizada.

4.1.5. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica, mas, em caso de existência de medicações similares ou genéricos no mercado, será pago o valor da medicação genérica, mediante especificação na conta do fabricante.

4.1.6. É obrigatória a apresentação de lacres e invólucros com registros do produto na ANVISA, apenso à produção/fatura individual acima de R$ 500,00 (quinhentos reais) da dose unitária.

5. Medicamentos quimioterápicos (todas as localidades):

5.1. Para Medicamentos quimioterápicos injetáveis e orais serão considerados os valores acordados no parâmetro CMED/ANVISA na coluna PF (ICMS 22%) para medicamentos genéricos e na coluna PF (ICMS 22%) para os demais medicamentos, vigente na data em que estes produtos forem efetivamente utilizados. Não havendo registro do medicamento utilizado na tabela CMED/ANVISA, será necessária autorização prévia pela CREDENCIANTE, através de apresentação de três orçamentos.

5.1.1. O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado do Maranhão e alíquota 0% (zero por cento) para o caso de medicamentos com princípios ativos isentos de ICMS (Tabela Convênios ICMS 162/94, 118/11, 32/14 - Isenção de ICMS para Medicamento Oncológicos), de acordo com convênios dos CONFAZ ou legislações Estaduais. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente. Caso o item não conste na CMED deverá ser adquirido, mediante autorização prévia da CREDENCIANTE, pelo preço justo de mercado, com apresentação das respectivas Notas Fiscais;

5.1.2. Para quimioterápicos fica definido, conforme ANVISA, o fracionamento de medicamentos deverá ser fornecido segundo as necessidades do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento dos medicamentos será proporcional à quantidade fracionada utilizada;

5.1.3. Para medicamentos quimioterápicos livres de imposto, conforme CMED ou Tabela Convênios ICMS 162/94, 118/11, 32/14 – Isenção de ICMS para Medicamentos Oncológicos, o valor correspondente à isenção do ICMS que deverá ser deduzido do preço do respectivo produto (dedução), precisará ser, expressamente, demonstrado no documento fiscal pela CREDENCIADA; e

5.1.4. No momento de entrega da produção/fatura, a CREDENCIADA deverá apresentar documento assinado pelo paciente comprovando o recebimento da medicação oncológica. Neste documento deverá constar a data da entrega, o tipo de droga e quantidade fornecida, acompanhado da assinatura do paciente ou responsável que a recebeu, além da cópia da prescrição médica.

6. Alimentação enteral e parenteral:

6.1. Nos casos de internação hospitalar e domiciliar, e do beneficiário vir a usar a nutrição enteral ou parenteral, deverá constar a solicitação do médico assistente, com justificativa, e número de dias ou sessões previstas. As dietas enterais e parenterais serão pagas em conformidade com o Preço de Fábrica (PF), contido nas Guias BRASÍNDICE e/ou SIMPRO. Nos casos de alimentação enteral de valor igual ou maior que R$ 500,00 (quinhentos reais), a CREDENCIADA deverá solicitar autorização prévia à CREDENCIANTE. Será requerida a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos INSUMOS utilizados, apenso à produção/fatura individual apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de saúde de Alcântara. Casos de urgência/emergência dispensam a necessidade de autorização prévia;

6.2. Casos em que a alimentação enteral ou parenteral custar valor igual ou superior a R$500,00 (quinhentos reais) a dose unitária, a CREDENCIADA deverá solicitar autorização prévia. É requerida a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos INSUMOS utilizados, apenso à produção/fatura individual apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de saúde de Alcântara.

6.3. Caso a alimentação enteral ou parenteral não esteja nos índices referenciados nas Guias BRASÍNDICE e/ou SIMPRO, se faz necessário apresentação de 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser emitidos pelo fornecedor do produto devendo conter as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, respeitando o valor praticado no mercado local. Não haverá a incidência de margem de comercialização. É necessário a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA da ALIMENTAÇÃO ENTERAL utilizada, apenso à produção/fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Alcântara.

7. Outros gêneros alimentícios: Os gêneros alimentícios fornecidos nas dietas por via oral tem a sua remuneração inclusa no valor da diária hospitalar conforme acomodação prevista para o beneficiário, não sendo admitido o faturamento em separado.

8. Insumos de consumo hospitalar:

8.1. Para insumos de consumo hospitalar o pagamento será em conformidade com o Preço do Fabricante (PF), contido no Guia SIMPRO. Caso o material componha taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente;

8.2. Para a utilização de insumos a partir de R$500,00 (quinhentos reais), é requerida a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos insumo utilizados, apenso à fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Alcântara;

8.3. Caso o custo do insumo seja igual ou superior a R$ 500,00 (quinhentos reais), a CREDENCIANTE deverá solicitar autorização prévia, sendo enquadrado na categoria de ALTO CUSTO;

8.4. Caso o insumo não seja referenciado na Guia SIMPRO, se faz necessário apresentação de 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser emitidos pelo fornecedor do produto devendo conter as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, respeitando o valor praticado no mercado local. Não haverá a incidência de margem de comercialização. É necessário a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA do INSUMO utilizado, apenso à produção/fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Alcântara.

9. Órteses, próteses e materiais especiais (OPME):

9.1. Na solicitação de OPME (órteses, próteses e materiais especiais), a CREDENCIADA deverá apresentar à CREDENCIANTE 03 (três) orçamentos de fornecedores próprios da CREDENCIADA, que serão submetidos à auditoria prévia (conforme item 3.1.7.2 da NSCA 160-7 de 2019). Estes orçamentos devem seguir as seguintes normas: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, devendo haver também a apresentação da Nota Fiscal. Os orçamentos deverão ser enviados pela CREDENCIADA para o e-mail: funsaesak@gmail.com, com pelo menos 7 dias de antecedência acompanhado das devidas solicitações médicas e justificativas técnicas, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise concorrente pelo FUNSA. A aprovação do orçamento que atenda as necessidades da situação está condicionada à adequabilidade do preço praticado no mercado local. Caso o material esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente. No faturamento do(s) OPME(s), não incidirá taxa de comercialização.

9.1.1. Caso não seja possível a apresentação de três orçamentos, praticar-se-á o preço justo de mercado para a cobrança do OPME e a Credenciada deverá enviar a proposta de valor em substituição aos orçamentos. A marca do material deverá ser indicada na respectiva fatura, para a melhor conferência.

9.2. Nos casos de procedimentos com uso de OPME, em caráter de urgência ou emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível. No procedimento realizado de urgência/emergência, o pagamento será realizado mediante confirmação de valores através da nota fiscal. Não

incidirá taxa de comercialização. O procedimento em caráter de urgência deverá ser comunicado em até 48h ao FUNSA pelos endereços de e-mail funsaesak@gmail.com, com boletim cirúrgico, parecer médico, descrição do procedimento e justificativa médica de uso do(s) OPME(s) para sua realização. Após o procedimento se faz necessário a comunicação ao FUNSA, pelo e-mail: funsaesak@gmail.com, em até 2 dias úteis após a realização do procedimento anexando o boletim cirúrgico e boletim anestésico, com a descrição do procedimento e justificativa médica para o uso do(s) OPME(s).

9.3. A partir de um valor mínimo de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R$ 500,00 (quinhentos Reais), o(s) item(s) de OPME será(ão) objeto de pré-regulação pela CREDENCIANTE. Caso a soma de itens de OPME em um mesmo procedimento seja inferior a R$ 500,00 (quinhentos Reais), não será necessária a pré-regulação do(s) item(s) de OPME pela CREDENCIANTE.

9.4. O valor mínimo estabelecido de OPME/Materiais/Medicamentos de alto custo é equivalente a R$ 500,00 (quinhentos Reais), não sendo necessária a solicitação de autorização prévia para valores inferiores.

9.5. Para comprovação do valor do(s) OPME(s), a Nota Fiscal emitida em nome do paciente pelo fornecedor do OPME deverá estar anexa à produção/fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Será padronizada a liberação de 1 (uma) sessão/dia para as especialidades não-médicas em atendimentos ambulatoriais, a exemplo de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia e Psicomotricidade, Terapia Ocupacional e Terapias Multidisciplinares, bem como para outras não citadas. Horas (ou sessões) extras sem a prévia autorização da CREDENCIANTE não serão computadas para fins de faturamento. Caso o profissional atendente considere a necessidade do beneficiário em ter mais de uma sessão/dia, poderá encaminhar laudo/parecer com justificativa, o qual será avaliado pela equipe competente do GSAU-AK para prévia autorização. O documento deverá ser encaminhado ao e-mail funsaesak@gmail.com. A cada sessão extra será pago o valor correspondente a 1 (uma) sessão, previsto em tabela.

As solicitações de sessões de especialidades não-médicas para pacientes em ambiente hospitalar ou internados deverão ser feitas pelo médico assistente, para análise da auditoria da CREDENCIANTE. Deverão ser apresentadas as evoluções do especialista responsável pela assistência ao beneficiário, estando anexas ao prontuário médico. Todas as solicitações serão avaliadas tendo como premissas as diretrizes técnico-científicas, de acordo com o quadro clínico do beneficiário. A cobrança em conta hospitalar deverá ocorrer por meio do lançamento do código TUSS contratualizado.

10. Fisioterapia (todas as localidades):

PROCEDIMENTOS	VALOR
Consulta/ avaliação ambulatorial em fisioterapia	R$ 57,54
Fisioterapia: ocupacional, funcional, pulmonar, etc - sessão	R$ 40,34
Sessão hospitalar em fisioterapia (paciente internado)	R$ 71,60
Avaliação de fisioterapia uro-ginecológica com biofeedback	R$ 85,50
Sessão de fisioterapia uro-ginecológica com biofeedback	R$ 92,00
Sessão hospitalar em fisioterapia respiratória com ventilação mecânica (paciente internado)	R$ 41,22
Sessão hospitalar em fisioterapia motora ou respiratória sem ventilação mecânica (paciente internado)	R$ 49,69
Diária fisioterapia hospitalar (paciente uti)	R$ 71,60
Diaria fisioterapia hospitalar (para pacientes em unidade de internação)	R$ 64,80
Pacote com 10 sessões uroginecológicas	R$ 440,00
Pacote com 20 sessões uroginecológicas	R$ 880,00
Pacote com 10 sessões traumatológicas	R$ 460,00
Pacote com 20 sessões traumatológicas	R$ 920,00
Pacote com 10 sessões ortopédicas	R$ 460,00
Pacote com 20 sessões ortopédicas	R$ 920,00
Pacote com 10 sessões neurológicas	R$ 460,00
Pacote com 20 sessões neurológicas	R$ 920,00
Pacote com 10 sessões cardiovascular	R$ 460,00
Pacote com 20 sessões cardiovascular	R$ 920,00
Pacote com 10 sessões cardiorrespiratória	R$ 460,00
Pacote com 20 sessões cardiorrespiratória	R$ 920,00
Pacote com 10 sessões respiratória	R$ 460,00
Pacote com 20 sessões respiratória	R$ 920,00
Obs: O valor das diárias de Fisioterapia em ambiente hospitalar serão cobradas dos pacientes que tiverem prescrição médica para o procedimento e o valor independe dos tipos de Fisioterapia e o número de sessões prescritas.	

10.1. Quando não existir na composição do pacote o serviço de Fisioterapia para pacientes internados, este deverá ser prestado mediante autorização prévia (GAB). Serviço limitado a 1 (uma) sessão de fisioterapia motora e uma sessão de fisioterapia respiratória por dia para pacientes internados em enfermaria/apartamento e duas sessões diárias de fisioterapia respiratória e uma motora, para os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em oxigenioterapia ou com indicação médica.

11. Fonoaudiologia (todas as localidades):

PROCEDIMENTOS	VALOR
Avaliação inicial e anamnese em consultório de fonoaudiologia	R$ 63,14
Sessão individual hospitalar de fonoaudiologia	R$ 59,36
Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia	R$ 56,98
Parecer de fonoaudiologia hospitalar (avaliação) com parecer médico	R$ 49,75

11.1. Quando não existir na composição do pacote o serviço de fonoaudiologia para pacientes internados, este serviço deverá ser prestado mediante autorização prévia (GAB). Serviço limitado a uma sessão por dia, mediante apresentação de indicação médica. Nos casos em que houver indicação de maior número de sessões, a solicitação deverá ser encaminhada à Célula de Fonoaudiologia do GSAU-AK, acompanhada do laudo do especialista, para análise e posterior autorização.

12. Psicologia (todas as localidades):

PROCEDIMENTOS	VALOR
Avaliação inicial e anamnese em consultório de psicologia	R$ 67,99
Psicologia ambulatorial (consulta e sessão)	R$ 62,48

12.1. Psicologia para pacientes internados: limitada a uma sessão de psicologia por dia para pacientes internados, mediante solicitação contendo a indicação do Serviço de Psicologia do GSAU-AK.

13. Psicopedagogia e Psicomotricidade (todas as localidades):

PROCEDIMENTOS	VALOR
Sessão de psicopedagogia individual (em consultório)	R$ 58,56
Sessão de psicomotricidade individual (em consultório)	R$ 55,17

14. Nutricionista (todas as localidades):

PROCEDIMENTOS	VALOR
Consulta ambulatorial por nutricionista (anamnese, avaliação nutricional, prescrição do plano alimentar)	R$ 65,72
Consulta hospitalar por nutricionista	R$ 57,51

15. Terapia Ocupacional (todas as localidades):

PROCEDIMENTOS	VALOR

Consulta terapia ocupacional	R$ 58,00
Sessão individual ambulatorial em terapia ocupacional	R$ 55,84

15.1. Quando não existir na composição do pacote o serviço de Terapia Ocupacional para pacientes internados, este serviço deverá ser prestado mediante autorização prévia (GAB). Serviço limitado a uma sessão por dia, mediante apresentação de indicação médica. Nos casos em que houver indicação de maior número de sessões, a solicitação deverá ser encaminhada ao GSAU-AK, acompanhada do laudo do especialista, para análise e posterior autorização.

16. Terapias Multidisciplinares (todas as localidades)

PROCEDIMENTOS	VALOR
Sessão de aba, com duração de 1h	R$ 80,00
Sessão de teach, com duração de 1h	R$ 75,00
Avaliação de neuropsicologia	R$ 200,00
Sessão de neuropsicologia, com duração de 1h	R$ 80,00
Avaliação de integração sensorial	R$ 150,00
Sessão de integração sensorial, com duração de 1h	R$ 70,00
Sessão eletroterapia	R$ 120,00
Avaliação estimulação cognitiva	R$ 100,00
Sessão estimulação cognitiva	R$ 120,00
Sessão neuropsicopedagogia	R$ 120,00
Sessão laserterapia	R$ 120,00
Obs: Para sessões de Eletroterapia, Neuropsicopedagogia e Laserterapia será necessária prévia autorização pelo FUNSA, mediante encaminhamento de parecer técnico-profissional que justifique a necessidade do atendimento.	

17. Diárias, taxas hospitalares e gases medicinais:

17.1. Para diárias, taxas hospitalares e gases medicinais serão aplicados os valores de referência previstos neste Anexo, cujos códigos e descritores obedecem ao previsto no Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), Tabela 18 - Representação de Conceitos em Saúde (ANS).

17.2. **Definições:**

17.2.1. **Diária Hospitalar:** É a permanência de um paciente por um período de 12 a 24 horas em uma instituição hospitalar. As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 horas de cada dia. Períodos inferiores a 12 horas serão cobrados como meia diária.

17.2.2. **Hospital-dia:** É uma forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial, quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período mínimo de 6 horas e máximo de até 12 horas (Portaria nº 44/GM/2001). Na assistência em saúde mental, o Hospital-dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente (Portaria nº 224/MS). Serão beneficiados pela assistência prestada pelo Hospital-dia os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar (ex: medicação assistida e biópsia), mas que apresentam condições clínicas de permanecer em casa. Não corresponde a uma diária convencional.

17.2.3. **Quarto Privativo** (apartamento standard): Composto por apartamento com acomodação para o acompanhante, banheiro privativo e, quando em alojamento conjunto, também para o recém- nascido no quarto da mãe.

17.2.4. **Enfermaria:** Composto por quarto coletivo para dois ou mais pacientes, sem acompanhantes, com banheiro de uso comum.

17.2.5. **UTI:** Acomodação com instalações para mais de um paciente em tratamento intensivo, com presença médica permanente.

17.2.6. **Taxa de isolamento:** percentual aplicado ao valor da diária destinado a arcar com custos adicionais relacionados com a paramentação (luva, máscara, gorro, propé, avental), descartável ou não, utilizada pela equipe e Itens permanentes da acomodação (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz, desde que seja para acomodar pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar;

17.2.7. **Taxa de refeição de acompanhante:** valor destinado a refeição do acompanhante de paciente internado, conforme especificado em Lei, mediante assinatura do acompanhante e/ou responsável de guia própria da Credenciada a ser encaminhada junto à fatura hospitalar para análise da auditoria técnica:

17.2.7.1. idosos (Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso);

17.2.7.2. crianças e adolescentes menores de 18 anos (Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente; e Lei nº 9.656/1998 – Lei dos Planos de Saúde).

17.3. **Composições das diárias:**

17.3.1. **Diárias Normais:** Internações clínicas ou cirúrgicas em apartamento, enfermaria, berçário normal e hospital-dia. No valor da diária estão incluídas as instalações físicas (quarto, banheiro e ambientes de apoio); leito próprio (cama ou berço), com leito de acompanhante para quarto ou apartamento; serviços e cuidados de enfermagem (incluindo todas as técnicas de enfermagem);

rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; lavagem e esterilização; dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais - por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia); limpeza e esterilização de instrumentais; assepsia e antissepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e antissépticos; equipamentos necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc); orientação nutricional no momento da alta; limpeza e desinfecção ambiental; equipamento de proteção individual e taxas administrativas do prestador.

17.3.1.1. **O valor da diária normal não compreende:** Materiais e Medicamentos dos cuidados de enfermagem; utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico; honorários Médicos; SADT e alimentação de acompanhante.

17.3.1.2. Caso o paciente seja transferido para uma Unidade Especial (UTI ou UTI neonatal/pediátrica), o quarto da Unidade de Internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado. Caso os responsáveis pelo paciente resolvam permanecer no quarto, estes deverão assumir os custos junto ao prestador dos serviços de saúde (hospital ou clínica).

17.3.2. **Diárias Especiais:**

17.3.2.1. **Unidade de Terapia Intensiva – UTI:** O valor da diária engloba todos os itens descritos em DIÁRIAS NORMAIS; leito próprio (comum ou especial); desfibrilador/cardioversor, bomba de infusão, oxímetro de pulso, aspirador a vácuo, monitor cardíaco, respirador e capnógrafo.

17.3.2.2. **UTI Neonatal/Pediátrica:** O valor da diária engloba todos os itens descritos em DIÁRIAS NORMAIS e todos os itens descritos em UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA e;

17.3.3. NÃO estão incluídas na composição das DIÁRIAS ESPECIAIS, a utilização de equipamentos e instrumentais cirúrgicos, honorários médicos e SADT.

17.4. São padrões de acomodações hospitalares previstos para internação hospitalar (NSCS 160-5/2020) que deverão ser obedecidos pela CREDENCIADA:

17.4.1. Quarto privativo (APARTAMENTO STANDART): somente para Oficiais, alunos da EPCAR, cadetes e seus dependentes.

17.4.2. Enfermaria: para Suboficiais, Sargentos, Alunos da EEAR e Cabos, Soldados e seus dependentes.

17.5. **Valores das diárias – todas as localidades:**

ACOMODAÇÃO	VALOR
Quarto privativo (apartamento standard)	R$ 399,33
Enfermaria	R$ 260,54
UTI Adulto Geral	R$ 877,26
UTI Neonatal/ Pediátrica	R$ 893,47
Taxa de isolamento	R$ 193,80
Hospital dia, apartamento	R$ 265,90
Hospital dia, enfermaria	R$ 215,29
Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar)	R$ 26,67
Taxa de refeição de acompanhante (café da manhã)	R$ 25,00
Diária de apartamento internação psiquiatrica	R$ 360,00
Diária de enfermaria internação psiquiatrica	R$ 252,50
Diaria de apartamento internação dependencia quimica	R$ 247,95
Diária de enfermaria internação dependencia quimica	R$ 192,95
Diária de acompanhante	R$ 78,16
Diária de berçário patológico/ pre marturo	R$ 180,00

17.6. **Taxas de salas:**

17.6.1. **Taxas de salas (dentro do centro cirúrgico) - todas as localidades:**

ACOMODAÇÃO	VALOR
Sala Cirúrgica Porte 0	R$ 99,98
Sala Cirúrgica Porte 1	R$ 214,54
Sala Cirúrgica Porte 2	R$ 307,10
Sala Cirúrgica Porte 3	R$ 416,47
Sala Cirúrgica Porte 4	R$ 496,39
Sala Cirúrgica Porte 5	R$ 635,22
Sala Cirúrgica Porte 6	R$ 935,72
Sala Cirúrgica Porte 7	R$ 1.129,18
Sala Cirúrgica Porte 8	R$ 1.316,48
Sala de Recuperação pós-anestésica	R$ 80,79

17.6.2. **Taxa de sala cirúrgica e obstétrica:** A Taxa de sala será remunerada de acordo com o porte cirúrgico/obstétrico da tabela CBHPM, estabelecido pelo tempo de duração do procedimento, com base nas anotações em sala (cirurgião e anestesiologista), acrescidos de 15 minutos para preparo, limpeza e desinfecção das salas. **Compreende:** Serviços de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção

do paciente, controle de sinais vitais, etc.); rouparia completa (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização; todos os equipamentos e instrumental necessários à cirurgia; aspirador elétrico ou a vácuo, cardioversor/desfibrilador, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, bisturi elétrico, respirador, aparelho de anestesia; taxa de instalação de oxigênio; capnógrafo; mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do recém-nascido (RN); cuidados de higiene do RN; assepsia e antissepsia (equipe e paciente), inclusive antissépticos e materiais; instalações físicas (sala e ambientes de apoio); instrumental apropriado para cirurgia; limpeza e esterilização de instrumental; limpeza e desinfecção ambiental. **Não compreende:** Materiais de consumo uso médico (descartáveis ou não); gases anestésicos e oxigênio; equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima; honorários Médicos e SADT.

17.6.3. **Taxa de sala de recuperação pós-anestésica:** O valor da Taxa de Sala de Recuperação não será pago quando o paciente for transferido para Unidade de Terapia Intensiva. **Compreende:** Leito para a recuperação e acessórios; serviços de enfermagem do procedimento; limpeza de desinfecção ambiental; assepsia e antissepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização; instalações físicas (sala para recuperação e ambientes de apoio); todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente; oxímetro de pulso, aspirador a vácuo/elétrico, monitor cardíaco, desfibrilador/cardioversor; equipamentos de proteção individual. **Não compreende:** Materiais de consumo (descartáveis ou não); gases anestésicos e oxigênio; equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima; honorários médicos e SADT.

17.6.4. **Taxa de sala ambulatorial (fora do centro cirúrgico) - todas as localidades:**

ACOMODAÇÃO	VALOR
Sala de observação em pronto-socorro (até 06 horas)	R$ 68,34
Sala de pequenas cirurgias e procedimentos (por uso)	R$ 93,76
Sala de gesso e /ou curativo (por uso)	R$ 46,86
Sala de reanimação e ou emergência	R$ 64,96
Sala de endoscopia /colonoscopia	R$ 94,37
Sala de quimioterapia e /ou hemodiálise	R$ 72,53
Taxa de sala/sessão de inalação/nebulização	R$ 28,78
Taxa sala radioterapia	R$ 55,50

17.7. **Salas – Definições:**

17.7.1. **Sala de observação:** destinada aos pacientes que necessitem permanecer por até 6 horas em sala. **Compreende:** Instalações físicas (sala para atendimento indiferenciado e ambientes de apoio); limpeza de desinfecção ambiental;

rouparia (permanente ou descartável); serviço de enfermagem do atendimento; assepsia e antissepsia da equipe e paciente, inclusive materiais e antissépticos; mesa principal e leito para observação; todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente.

17.7.2. **Sala de pequenas cirurgias e procedimentos:** Destinada aos procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório. **Compreende:** Todos os itens da taxa de sala de observação descritos em 17.5-A; assepsia e antissepsia da equipe e paciente, inclusive materiais e antissépticos; leito para observação; todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente. **Não compreende:** Materiais de consumo (descartáveis ou não); gases anestésicos e oxigênio; honorários médicos; SADT.

17.7.3. **Sala de gesso e/ou curativo:** Destinada à confecção de gesso e / ou curativo. Compreende: Todos os itens da taxa de sala de observação descritos em 17.5-A acrescido de serra para gesso.

17.7.4. **Sala de reanimação e/ou emergência:** Ambiente destinado à assistência do paciente com agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, necessitando de atendimento imediato e utilizando-se de técnicas avançadas de assistência. **Compreende:** Instalação da sala; serviços de enfermagem do procedimento; equipamentos/instrumental cirúrgico; equipamentos / instrumental de anestesia; equipamentos para monitorização; equipamentos / instrumental de ressuscitação cardíaca e intubação; equipamentos / instrumental para ventilação manual; desfibrilador, cardioversor e capnógrafo; assepsia e antissepsia da equipe.

17.7.5. **Sala de endoscopia/colonoscopia:** Destinada aos procedimentos de endoscopia digestiva / colonoscopia tanto diagnóstica quanto intervencionista. **Compreende:** Todos os itens da taxa de sala de observação descritos em 17.5-A; assepsia e antissepsia da equipe e paciente, inclusive materiais e antissépticos; leito para observação; todos os equipamentos específicos necessários ao atendimento do paciente. **Não compreende:** Materiais de consumo (descartáveis ou não); gases anestésicos e / ou oxigênio e honorários médicos.

17.7.6. **Sala de quimioterapia e / ou hemodiálise:** Destinada à realização de quimioterapia e / ou hemodiálise. **Compreende:** Todos os itens da taxa de sala de observação descritos em 17.5-A; capela de fluxo laminar; equipamentos necessários à hemodiálise e leito / poltrona.

17.8. **Taxa de Serviços de Enfermagem - todas as localidades:**

PROCEDIMENTOS	VALOR
Curativo de queimados especial, por unidade	R$ 41,60
Curativo especial ambulatorial	R$ 50,76

Curativo pequeno no ambulatório, por unidade	R$ 31,30
Curativo médio no ambulatório, por unidade	R$ 35,39
Curativo grande no ambulatório, por unidade	R$ 43,98
Sondagem/ cateterismo gástrico fora da UTI e do Centro Cirúrgico	R$ 37,49

17.9. **Taxa de Serviços de Enfermagem - todaTaxa de utilização de equipamentos – todas as localidades:** Serão remunerados, pela utilização de cada equipamento, conforme quadro apresentado a seguir, para os equipamentos não relacionados, será pago conforme Custo Operacional – CO para cada procedimento previsto no CBHPM.

EQUIPAMENTO	TIPO	VALOR
Bisturi Elétrico Monopolar fora do centro cirúrgico	Uso	R$ 60,83
Bisturi Elétrico Bipolar fora do centro cirúrgico	Uso	R$ 74,46
Bisturi argonio	Uso	R$ 173,67
Craniotomo	Uso	R$ 95,22
Bomba de infusão (quando fora da UTI, centro cirúrgico e sala de emergência)	Hora	R$ 50,19
Desfibrilador (quando fora da UTI, centro cirúrgico e sala de emergência)	Sessão	R$ 38,12
Fototerapia	Hora	R$ 5,28
Incubadora	Dia	R$ 69,81
Marca-passo temporário	Hora	R$ 120,72
Microscópio cirúrgico	Uso	R$ 174,98
Monitor cardíaco (quando fora da UTI, centro cirúrgico e sala de emergência)	Hora	R$ 29,46
Taxa de Vídeo - Uso diagnóstico	Uso	R$ 136,02
Taxa de Vídeo - Uso cirúrgico	Uso	R$ 482,42
Oxigenio em respirador	Uso	R$ 49,66
Serra eletrica cirurgica	Uso	R$ 49,59
Oximetro de pulso	Uso	R$ 26,66
Respirador a pressão positiva ou de volume POR HORA	Uso	R$ 14,13

17.10. **Taxa Gases medicinais (gasoterapia) - todas as localidades:** A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme a vazão e remunerada por minuto ou hora. Todos os valores poderão ser fracionados por minuto na razão de uma hora para sessenta minutos.

TERAPIA	VALOR
Ar comprimido, por hora	R$ 19,75
Gás Carbônico, por hora	R$ 48,75

Nebulização O^2, por hora (materiais, medicamentos e soluções estão inclusos na taxa)	R$ 16,43
Nitrogênio, por hora	R$ 56,53
Óxido nítrico, por hora	R$ 81,59
Garrote pneumático	R$ 25,04
Oxigênio sob cateter nasal, por hora	R$ 20,50
Oxigênio sob pressão, por hora	R$ 57,58
Protóxido de azoto, por hora	R$ 89,84

18. Demais Pacotes de Serviços

18.1. **Definição de pacote:** União de ações assistenciais e administrativas necessárias e suficientes para a realização integral de procedimento médico, contemplando recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, instrumentos e materiais de insumo, inerentes ao processo assistencial. É um conjunto de normas e protocolos para realizar parcerias entre a CREDENCIANTE e o CREDENCIADO avaliando os riscos e resultados. Visando manter seus custos em patamares aceitáveis para prestar serviço aos usuários cumprindo as definições determinadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

18.1.1. O pagamento dos procedimentos "por Pacote" é uma forma de estabelecer um preço global para concentrar todos os itens que compõem o procedimento. Esta forma de remuneração agiliza e racionaliza a operacionalização da cobrança e do pagamento dos procedimentos.

18.2. **Pacotes de Radioterapia - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
Braquiterapia de colo/endométrio	R$ 16.000,00
Braquiterapia de nasofaringe	R$ 16.000,00
Braquiterapia de próstata alta taxa de dose	R$ 16.000,00
Braquiterapia com alta taxa de dose (2D)	R$ 17.500,00
Radioterapia de esôfago 3D	R$ 10.100,00
Radioterapia de Cabeça e Pescoço 3D	R$ 18.000,00
Radioterapia de Colo do Útero 3D	R$ 10.100,00
Radioterapia de Colo/ Endométrio 3D	R$ 17.750,00
Radioterapia de Estômago 3D	R$ 15.000,00
Radioterapia de Linfoma – por setor - 3D	R$ 13.000,00
Radioterapia de Mama 3D	R$ 15.000,00
Radioterapia de Metástase Óssea/ Intracraniana	R$ 18.650,00
Radioterapia de Pele Total (TSI) por tratamento 3D	R$ 5.000,00
Radioterapia de Próstata conformacional 3D	R$ 17.000,00
Radioterapia de Reto 3D	R$ 14.000,00

Radioterapia de Tumor Ósseo e Partes Moles 3D	R$ 14.500,00
Radioterapia do Pulmão 3D	R$ 15.500,00
Radioterapia do Sistema Nervoso Central 3D	R$ 12.973,33
Radioterapia de Queloide 3D	R$ 13.149,87
Radioterapia de ginecomastia	R$ 16.470,00
Radioterapia de queloide	R$ 10.000,00
Radioterapia de doença benigna	R$ 16.470,00
Obs[1]: estão incluídos nos pacotes dos procedimentos de braquiterapia e radioterapia: consulta de avaliação com o radioterapeuta, simulação de tratamento – complexa; megavoltagem – acelerador linear fótons; confecção de sistema de imobilização; planejamento computadorizado tridimensional, cheque filme; bloco de colimação individualizado (CER), taxa de sala e todos os materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, incluindo quimioterápicos e OPME. Obs[2]: estão excluídos: IMTR (Radioterapia de Intensidade Moderada); intraoperatório, radiocirurgia e outras topografias, anestesia, materiais, medicamentos e diárias provenientes de intercorrências. Obs[3]: o valor do pacote destina-se ao tratamento completo. Em caso de óbito ou complicações que interrompa o tratamento, serão pagos os valores do tratamento realizado até a sua interrupção	

PROCEDIMENTO	**VALOR**
Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento.	R$ 22.333,33
Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento.	R$ 23.000,00
Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou de mais de quatro isocentros - por tratamento.	R$ 23.766,67
Radioterapia conformada tridimensional (Ret-3d) com acelerador Linear – por tratamento	R$ 17.735,00
Radioterapia estereotaxica – 1º dia de tratamento e por dia subsequente	R$ 17.606,63
Obs: estão INCLUSOS nos pacotes de radiocirurgia: honorários médicos, simulação de imobilização, confecção de sistema de imobilização, planejamento computadorizado tridimensional, cheque-filme e bloco de colimação individualizado-CER, taxa de sala e todos os materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, incluindo quimioterápicos e OPME. Obs[2]: estão excluídos: IMTR (Radioterapia de Intensidade Moderada); e outras topografias, honorários do anestesista, materiais, medicamentos e diárias provenientes de intercorrências.	

PROCEDIMENTO	**VALOR**
Todas as situações – IMRT	R$ 21.866,67

Obs¹: estão INCLUSOS nos pacotes de IMRT: honorários médicos, simulação de imobilização, radioterapia com modulação da intensidade do feixe, confecção de sistema de imobilização, planejamento computadorizado tridimensional, cheque-filme e bloco de colimação individualizado-CER, taxa de sala e todos os materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, incluindo quimioterápicos e OPME. Obs²: estão excluídos: outras topografias, anestesia, materiais, medicamentos e diárias provenientes de intercorrências.

18.3. **Pacote de Pet Scan - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
PET dedicado oncológico	R$ 3.862,72
Obs¹: INCLUI: honorários médicos, taxas de sala e equipamentos, filme, contraste, materiais inerentes aos procedimentos; medicamentos, inclusive radiofármacos.	

18.4. **Pacote de oxigenoterapia hiperbárica - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
Oxigenoterapia hiperbárica (sessão de 2h)	R$ 400,00
Obs¹: INCLUI: honorários, taxas, oxigenoterapia, curativos simples. Obs²: EXCLUI: medicamentos cicatrizantes – Scaf Gel ou outros, curativos alto custo. Obs³: Demais procedimentos desta especialidade que não constarem nesta tabela de Pacotes serão pagos segundo CBHPM 2014.	

18.5. **Pacotes de serviços de atendimento diagnóstico e tratamento cardiológico e hemodinâmico – todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
Arteriografia cerebral (vertebral e carótidas)	R$ 3.500,00
Arteriografia mesentérica	R$ 3.500,00
Arteriografia renal	R$ 3.700,00
Arteriografia membros inferiores	R$ 3.700,00
Arteriografia membros superiores	R$ 3.700,00
Obs¹: estão INCLUSOS na arteriografia: honorários médicos, taxas de sala, taxa de aluguel de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos necessários para a realização do procedimento. Obs²: EXCLUEM: honorário do anestesista, materiais especiais, hemoterapia, eventuais próteses, exames laboratoriais e intercorrências.	

PROCEDIMENTO	VALOR
Cateterismo cardíaco (diagnóstico) direita e/ou esquerda com cineangiocoronariografia e ventriculografia	R$ 3.400,00
Angiografia Renal	R$ 3.700,00

Angiografia digital cerebral	R$ 3.700,00
Obs[1]: estão INCLUSOS: honorários médicos, taxas de sala, taxa de aluguel de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos necessários para a realização do procedimento. Obs[2]: EXCLUEM: honorário do anestesista, materiais especiais, hemoterapia, eventuais próteses, exames laboratoriais e intercorrências.	

PROCEDIMENTO	VALOR
Angioplastia coronariana sem Stent	R$ 7.850,00
Angioplastia de aorta abdominal	R$ 36.300,00
Angioplastia de carótida sem Stent	R$ 33.000,00
Angioplastia endovascular/ periférica	R$ 36.300,00
Angioplastia arterial periférica unilateral (ilíaca, renal, femural) sem uso de Stent	R$ 9.331,80
Angioplastia/ Arteriografia coronariana	R$ 3.700,00
Cateterismo + angioplastia único vaso	R$ 14.536,95
Cateterismo + angioplastia múltiplos vasos	R$ 15.473,47
Angioplastia com um stent convencional	R$ 13.500,00
Angioplastia com um stent farmacológico	R$ 17.000,00
Obs[1]: estão INCLUSOS na angioplastia: honorários médicos, taxas de sala, taxa de aluguel de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos necessários para a realização do procedimento (cateteres, guias, extensores, contrastes, filmes, etc), Stent quando contido na descrição do procedimento, uma diária de UTI e duas em acomodação (apartamento ou enfermaria). Obs[2]: EXCLUEM: honorário do anestesista, materiais especiais, hemoterapia, eventuais próteses, exames laboratoriais e intercorrências.	

OPME – ANGIOPLASTIA COM STENT	VALOR
Stent convencional	R$ 3.375,00
Stent Farmacológico	R$ 8.500,00

PROCEDIMENTO	VALOR
Revascularização de miocárdio	R$ 24.200,00
Obs[1]: INCLUI: honorários médicos, materiais, medicamentos, taxas de sala, equipamentos necessários à execução dos procedimentos previstos, sala de recuperação pós-anestésica e OPME. Obs[2]: EXCLUI: honorário do anestesista e intercorrências.	

PROCEDIMENTO	VALOR
Cirurgia cardiovascular com CEC	R$ 28.000,00

Obs¹: INCLUI: honorários médicos, taxas de sala, taxa de aluguel de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos necessários para a realização do procedimento (cateteres, guias, extensores, contrastes, filmes, etc), três diárias de UTI e dez em acomodação (apartamento ou enfermaria). Obs²: EXCLUI: honorário do anestesista, OPME, hemoterapia, exames laboratoriais e intercorrências.

PROCEDIMENTO	VALOR
Embolização de aneurisma cerebral	R$ 36.300,00
Embolização de tumor ou má formação vascular	R$ 36.300,00
Obs¹: INCLUI: honorários médicos, taxas de sala, taxa de aluguel de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos necessários para a realização do procedimento (cateteres, guias, extensores, contrastes, filmes, etc), duas diárias de UTI e três em acomodação (apartamento ou enfermaria). Obs²: EXCLUI: honorário do anestesista, materiais especiais, hemoterapia, eventuais próteses, exames laboratoriais e intercorrências.	

PROCEDIMENTO	VALOR
Tratamento cirúrgico das valvulopatias	R$ 19.800,00
Obs¹: INCLUI: honorários médicos, taxas de sala, taxa de aluguel de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos necessários para a realização do procedimento (cateteres, guias, extensores, contrastes, filmes, etc), três diárias de UTI e sete em acomodação (apartamento ou enfermaria). Obs²: EXCLUI: honorário do anestesista, materiais especiais, hemoterapia, eventuais próteses e/ou válvulas, exames laboratoriais, contrastes não iônicos e intercorrências.	

18.6. **Pacotes de Nefrologia - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
Confecção de fístula AV para hemodiálise	R$ 1.500,00
Hemodepuração de CASOS AGUDOS (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) – ATÉ 04 HORAS PARA PACIENTES NA UTI	R$ 1.325,00
Hemodiálise crônica (por sessão), realizada na Credenciada. Conforme RDC nº 11 da ANVISA, para pacientes com HCV e HIV, SEM REUSO de material	R$ 1.234,17
Hemodiálise crônica (por sessão), realizada na Credenciada. Conforme RDC nº 11 da ANVISA, COM REUSO das linhas arteriais e venosas e do dilatador de 12 (doze) vezes, por apresentar processamento manual ou de 20 (vinte) vezes, por apresentar processamento automático.	R$ 800,00
Implante de catéter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros e drogas. Inclui raio-x.	R$ 650,00

Obs[1]: estão INCLUSOS nos pacotes de nefrologia: honorários médicos; todos os materiais e medicamentos inerentes ao procedimento; taxa de sala; taxas administrativas; taxa de equipamento; serviço de enfermagem. Obs[2]: EXCLUEM: intercorrências, OPME e medicações de alto custo.

18.7. **Pacotes de Maternidade - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR
Parto Cesáreo apartamento	31309054	R$ 4.366,67
Parto Cesáreo enfermaria	31309054	R$ 3.600,00
Parto Cesáreo múltiplo apartamento	31309054	R$ 5.740,00
Parto Cesáreo múltiplo enfermaria	31309054	R$ 5.180,00
Parto Normal apartamento	31309127	R$ 3.583,33
Parto Normal enfermaria	31309127	R$ 2833,33
Parto Normal múltiplo apartamento	31309127	R$ 4.900,00
Parto Normal múltiplo enfermaria	31309127	R$ 4.500,00
Obs[1]: estão INCLUSOS nos pacotes de maternidade: 2 (duas) diárias para parto normal e 3 (três) diárias para parto cesáreo (diárias em apartamento ou enfermaria); taxas de salas e taxa de equipamentos utilizados na sala cirúrgica e no berçário; materiais, medicamentos e honorários do médico cirurgião, auxiliar e pediatra em sala de parto. Caso o parto normal seja convertido para parto cesárea, no pacote de cesárea será acrescentado um valor de 40% do parto normal. Obs[2]: EXCLUEM: hematologia, honorários do Anestesista, intercorrência (UTI adulto, UTI Neonatal), Fonoaudiologia, Fisioterapia, exames e vacinas.		

18.8. **Pacotes de procedimentos em Ginecologia e Mastologia - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR
Agulhamento por estereotaxia (marcação pré-cirúrgica por nódulo – no máximo 3 nódulos)	40808190	R$ 850,00
Agulhamento por mamografia ou ultrassonografia(marcação pré-cirúrgica por nódulo – no máximo 3 nódulos)	40808203	R$ 850,00
Ampliação ou magnificação de lesão mamária	40808050	R$ 94,87
Biópsia mamária percutânea com agulha fina orientada por US	40808238	R$ 500,00
Mamotomia por mamografia ou ultrassonografia	40808300 40808297	R$ 2.750,00
Histerossalpingografia	40809030	R$ 708,00
Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias	31303188	R$ 5.000,00

Biopsia de mama *core biopsy*por US	40808262	R$ 600,00
Obs[1]: estão INCLUSOS nos pacotes de procedimentos gerenciados pela ginecologia e mastologia: honorários médicos; todos os materiais e medicamentos inerentes ao procedimento; taxa de sala; taxas administrativas; taxa de equipamento; serviço de enfermagem e exame base. Obs[2]: EXCLUI: intercorrências.		

18.9. **Pacotes de procedimentos em Oftalmologia - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR
Cirurgia Antiglaucomatosa (Trabeculectomia) sem válvula de Ahamed (OPME)	30310032	R$ 1.484,07
Cirurgia combinada de Facoemulsificação c/ implante de LIO e cirurgia Antiglaucomatosa	30306027 30310032	R$ 3.719,55
Cirurgia fistulizantes antiglaucomatosas	30306027	R$ 1.136,33
Correção cirúrgica de Ectrópio ou Entrópio (Monocular)	30301084	R$ 533,53
Crosslink — Monocular COLAGENO CORNEANO	30304156 (TUSS)	R$ 1.980,00
Estrabismo monocular sob bloqueio peribulbar	30311039	R$ 1.225,00
Facectomia com implante da lente intra-ocular com facoemulsificação	30306027	R$ 1.737,53
Facectomia sem implante	30306043	R$ 799,67
Implante de anel intra-estromal (com Técnica Fento)	30304083	R$ 2.089,89
Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada	30312132	R$ 5.175,08
Implante Secundário + Vitrectomia Anterior + Fixação de LIO (com LIO)	30307112	R$ 5.500,00
Implante secundário/ explante/ fixação escleral ou iriana	30306060	R$ 795,86
Iridectomia Yag Laser (Monocular)	30310083	R$ 295,64
Pálpebra – reconstrução parcial (com ou sem ressecção de tumor)	30301165	R$ 376,82
Plástica conjuntiva	30305052	R$ 411,86
Ptose palpebral – correção cirúrgica unilateral	30301181	R$ 803,81
Reconstituição de vias lacrimais com silicone ou outro material	30313058	R$ 756,24
Ressecção de tumores palpebrais	30301190	R$ 300,00
Transplante de Córnea	31501010	R$ 1.610,93
Tratamento ocular quimioterápico com Anti-antiogênico Lucentis	30307147	R$ 4.107,93
Vitrectomia anterior	30307112	R$ 1.052,64
Vitrectomia vias pars plana	30307120	R$ 1.484,40
Obs[1]: estão INCLUSOS nos pacotes de procedimentos gerenciados pela oftalmologia:		

honorários médicos, taxas de sala, materiais e medicamentos necessários para a realização do procedimento, incluindo a utilização de OPME, quando estiver especificado na descrição do procedimento. Obs²: EXCLUEM: honorário de anestesista, intercorrências e OPME quando não especificado na descrição do procedimento.

18.10. **Pacotes de procedimentos em Endoscopia – todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR
Aplicação de plasma de argônio por colonoscopia (TUSS)	40201392	R$ 1.500,00
Aplicação de plasma de argônio por endoscopia digestiva alta (TUSS)	40201376	R$ 1.500,00
Aplicação de plasma de argônio por sigmoidoscopia (TUSS)	40201406	R$ 1.500,00
Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral	40201058	R$ 641,10
Broncoscopia com biópsia transbrônquica	40201031	R$ 694,66
Colonoscopia com biópsia e/ou citologia	40202666	R$ 812,91
Colonoscopia com cromoscopia	40201350	R$ 450,00
Colonoscopia com dilatação segmentar, SEM OPME	40808297	R$ 1.000,00
Colonoscopia com dilatação por balão		R$ 2.100,00
Colonoscopia com Polipectomia	40202542	R$ 1.458,00
Colonoscopia inclui a retossigmoidoscopia	40201082	R$ 649,83
CPRE – Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com OPME	40809072	R$ 8.923,71
Ecoendoscopia com punção por agulha	40202240	R$ 5.566,67
Ecoendoscopia digestiva alta	40201104	R$ 3.616,67
Ecoendoscopia digestiva baixa	40201112	R$ 3.616,67
Endoscopia com polipectomia gástrica	40202038 40202550	R$ 956,10
Endoscopia digestiva alta	40201120	R$ 414,65
Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia	40202038	R$ 210,00
Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease	40202615	R$ 632,00
Mamometria esofágica computadorizada com teste provocativo	40102050	R$ 600,00
Mamometria esofágica computadorizada sem teste provocativo	40102068	R$ 529,22
PH-metria esofágica computadorizada com dois canais	40102092	R$ 625,00
Retossigmoidoscopia flexível	40201171	R$ 265,00

Retossigmoidoscopia flexivel com biopsia e/ou citologia	40201180	R$ 324,48
Retossigmoidoscopia flexivel com polipectomia	40202682	R$ 372,37
Obs[1]: estão INCLUSOS nos pacotes de procedimentos gerenciados pela endoscopia: honorários médicos, materiais, medicamentos, taxas de sala e equipamentos necessários à execução do procedimento e gazes medicinais. Obs[2]: honorário do anestesista, intercorrências e OPME, quando este não estiver especificado na descrição dos procedimentos contidos neste subitem.		

18.11. **Pacotes em Hemoterapia - todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR
Unidade de concentrado de hemácias	40402045	R$ 549,59
Unidade de concentrado de plaquetas por aférese	40402061	R$ 1.594,57
Unidade de concentrado de plaquetas randômicas	40402070	R$ 747,87
Unidade de Crioprecipitado de fator anti-hemolítico	40402088	R$ 522,59
Unidade de plasma	40402096	R$ 532,78
Unidade sangue total	40402097	R$ 120,00

18.12. **Pacotes em Reumatologia, Reabilitação e Dor – todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
Viscossuplementação com ácido hialurônico - por articulação	R$ 3.342,00
Neuromodulação periférica - por sessão	R$ 600,00
ACP - por sessão	R$ 300,00
Mesoterapia	R$ 1.100,00
Reabilitação motora - pacote com 10 sessões	R$ 620,00
Reabilitação pélvica - pacote com 10 sessões	R$ 3.000,00
TDCS - por sessão	R$ 600,00
Terapia neural sf 0,9% + anestésico local sem vaso	R$ 200,00

18.13. **Tomografia computadorizada - todas as localidades:**

PROCEDIMENTOS	VALOR
Angiotomografia coronariana	R$ 1.250,00
Angiotomografia arterial de abdome superior	R$ 600,00
Angiotomografia arterial de crânio	R$ 600,00
Angiotomografia arterial de membro inferior	R$ 831,00
Angiotomografia arterial de membro superior	R$ 831,00

Angiotomografia arterial de pelve	R$ 600,00
Angiotomografia arterial de pescoço	R$ 600,00
Angiotomografia arterial de tórax	R$ 600,00
Angiotomografia arterial pulmonar	R$ 831,00
Angiotomografia de aorta abdominal	R$ 600,00
Angiotomografia de aorta torácica	R$ 600,00
Angiotomografia venosa de abdome superior	R$ 600,00
Angiotomografia venosa de crânio	R$ 600,00
Angiotomografia venosa de membro inferior	R$ 750,00
Angiotomografia venosa de membro superior	R$ 750,00
Angiotomografia venosa de pelve	R$ 600,00
Angiotomografia venosa de pescoço	R$ 600,00
Angiotomografia venosa de tórax	R$ 600,00
Angiotomografia venosa pulmonar	R$ 750,00

18.14. **Pacotes de exames laboratoriais complementares – todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
SARS-COV-2 (Coronavirus COVID 19) – pesquisa de anticorpos totais (IGA, IGG, IGM) incluindo os 3 anticorpos	R$ 140,00
SARS-COV-2 (Coronavirus COVID 19) – pesquisa de anticorpos IGG, IGM, incluindo 2 anticorpos	R$ 220,00
SARS-COV-2 (Coronavirus COVID 19) – pesquisa de anticorpos IGA, IGG ou IGM, isolada por classe de imunoglobulina (cada)	R$ 90,00
SARS-COV-2 (Coronavirus COVID 19) – pesquisa por RT-PCR (TUSS: 40314618)	R$ 220,00
Teste de antígeno para COVID 19	R$ 85,00
Teste Toxicológico – drogas de abuso e triagem (pêlo/cabelo) para os grupos de drogas: Cocaína, Crack e Merla; Ecstasy, Psicofármacos; PCP; Opiáceos; Anfetaminas e Canabinóides (maconha)	R$ 150,00
Teste alergico, 08 substancias	R$ 100,00
Teste alergico, até 20 substancias	R$ 150,00
Teste alergico, até 30 substancias	R$ 200,00
Teste alergico, acima de 30 substancias	R$ 250,00
Prova de função pulmonar - espirometria	R$ 150,00

18.15. **Pacotes de Assistência domiciliar à Saúde – todas as localidades:**

PROCEDIMENTO	VALOR
Visita enfermeiro	R$ 70,00
Visita técnico de enfermagem	R$ 35,39
Procedimentos enfermeiro	R$ 72,50
Fisioterapia – respiratória/motora - sessão	R$ 52,50
Sessão fonoaudiologia	R$ 52,50

Médico generalista/visita	R$ 170,00
Nutricionista/visita	R$ 67,50
Psicóloga - sessão	R$ 62,50
Técnico enfermagem 24h	R$ 275,40
Técnico enfermagem 12h	R$ 207,38
Técnico enfermagem 06h	R$ 118,90
Remoção básica – ida	R$ 264,00
Remoção básica – ida/volta	R$ 416,50
Remoção uti – ida	R$ 694,00
Remoção uti – ida/volta	R$ 1.024,00
APH – atendimento médico de urgência	R$ 600,00

EQUIPAMENTOS DISPONIBILIZADOS NO HOME CARE	
EQUIPAMENTOS	**VALOR**
Aparelho Elétrico para Nebulização/dia	R$ 5,20
Aspirador de Secreção Elétrico/dia	R$ 6,55
BIPAP Synchrony/ VPAP STA/ dia	R$ 57,34
Bomba de Infusão p/dieta e medicação Hartmann/ dia	R$ 19,06
Cadeira de Rodas Simples 80 kg/dia	R$ 6,48
Cadeira de Rodas p/ obeso 180kg/dia	R$ 6,95
Cadeira Higiênica c/braço fixo 80kg/ dia	R$ 4,59
Cadeira higiênica c/braço móvel obeso 120kg/ dia	R$ 5,03
Cama Hospitalar manual 1,90/dia	R$ 10,44
Cama Hospitalar manual 2,10 x 0,90/ dia	R$ 10,44
Cama Hospitalar Motorizada 2 movimentos/dia	R$ 10,44
Cama Hospitalar Motorizada 3 movimentos / dia	R$ 10,44
Cama Hospitalar Motorizada para obeso até 180kg/dia	R$ 10,44
Cilindro de Transporte de 1M3/ dia	R$ 6,85
Cilindro de Ar Comprimido 8M3/ dia	R$ 7,88
Cilindro de Oxigênio/ dia	R$ 6,85
Concentrador de Oxigênio 5 LPM/dia	R$ 29,00

Concentrador de Oxigênio 5 LPM- com inalação/dia	R$ 29,00
Concentrador de Oxigênio 5 LPM- sem saída de inalação/dia	R$ 29,00
CPAP/dia	R$ 36,04
Oxímetro de Pulso de mesa/ dia	R$ 19,31
Recarga de Oxigênio 1M3	R$ 48,83
Recarga de Oxigênio 8M3	R$ 206,47

PACOTES DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

PACOTES	VALOR
Pacote de internação domiciliar – 24h Alta Complexidade. Compreende: Assistência 24h do técnico em enfermagem, Visitas médicas (rotina) Semanal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Troca de sonda Gastrostomia, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta até 5 por semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo até 5 por semana, Visita de Nutricionista Mensal. Mobiliários e utensílios básicos: Cama hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, escada de 2 degraus, Berço hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, cadeira de rodas manual simples, dobrável (comum ou para obesos), Cadeira de banho/higiênica simples, dobrável (comum ou para obesos), Suporte de soro fixo com altura regulável, Papagaio/ comadre, Aparelho de pressão com estetoscópio, Termômetro, tesoura, garrote.	R$ 556,60
Pacote de internação domiciliar – 12h Média Complexidade. Compreende: Assistência 24h do técnico em enfermagem, Visitas médicas (rotina) Semanal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Troca de sonda Gastrostomia, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta até 5 por semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo até 5 por semana, Visita de Nutricionista Mensal. Mobiliários e utensílios básicos: Cama hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, escada de 2 degraus, Berço hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, cadeira de rodas manual simples, dobrável (comum ou para obesos), Cadeira de banho/higiênica simples, dobrável (comum ou para obesos), Suporte de soro fixo com altura regulável, Papagaio/ comadre, Aparelho de pressão com estetoscópio, Termômetro, tesoura, garrote.	R$ 356,65
Pacote de internação domiciliar – 6h Baixa Complexidade. Compreende: Assistência 6h do técnico em enfermagem, Visita Médica (rotina) Mensal, Supervisão de enfermeiro (rotina) Semanal, Troca de sonda Gastrostomia, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta 2 por semana, Avaliação/ Sessão Fonoaudiólogo 2 por semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo 2 por Semana, Visita de Nutricionista Mensal	R$ 245,35
Visita Médica domiciliar	R$ 223,00
Enfermagem domiciliar	R$ 74,40
Estomoterapeuta domiciliar	R$ 102,50
Consulta domiciliar por nutricionista	R$ 70,00
Sessão psicoterapia domiciliar	R$ 70,05

Sessão individual domiciliar de fonoaudiologia	R$ 58,33
Sessão individual domiciliar de terapia ocupacional	R$ 58,67
Sessão individual domiciliar de fisioterapia	R$ 54,33

19. Atendimento em Odontologia:

19.1. Os atendimentos em Odontologia que deverão utilizar-se deste Credenciamento resumem-se a procedimentos dentro da área de Cirurgia Bucomaxilofacial, Odontopediatria e Pacientes com Necessidades Especiais. Para tal, serão utilizadas as tabelas abaixo para pagamentos dos serviços prestados.

19.2. Os atendimentos em Odontologia que deverão utilizar-se deste Credenciamento resumem-se a procedimentos dentro da área de Cirurgia Bucomaxilofacial, Odontopediatria e Pacientes com Necessidades Especiais. Para tal, serão utilizadas as tabelas abaixo para pagamentos dos serviços prestados.

19.3. **Serviços em Odontologia em Cirurgia Oral Menor e Bucomaxilofacial:**

PROCEDIMENTOS	VALOR
Condicionamento em odontologia	R$ 65,16
Consulta odontológica	R$ 84,72
Remoção de dentes inclusos / impactados	R$ 395,32
Exodontia simples de dente permanente	R$ 129,24
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	R$ 286,72
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R$ 129,24
Exodontia de raiz residual	R$ 145,54
Exodontia a retalho	R$ 145,54
Frenectomia labial	R$ 288,90
Frenectomia lingual	R$ 288,90
Alveoloplastia	R$ 221,56
Cirurgia para torus mandibular – bilateral	R$ 360,58
Cirurgia para exostose maxilar	R$ 150,36
Cirurgia para torus mandibular – unilateral	R$ 213,96
Cirurgia para torus palatino	R$ 245,46
Exodontia de semi incluso/impactado supra numerário	R$ 395,32
Exodontia de incluso/impactado supra numerário	R$ 286,72
Exérese ou excisão de mucocele	R$ 187,90
Exérese ou excisão de rânula	R$ 364,92
Odonto-secção	R$ 200,00

19.4. **Serviços Odontológicos em Odontopediatria e Pacientes com Necessidades Especiais:**

PROCEDIMENTOS	VALOR
Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R$ 74,80
Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R$ 101,20
Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R$ 154,50
Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R$ 167,98
Restauração atraumática em dente decíduo	R$ 74,50

Condicionamento em odontologia	R$ 65,16
Tratamento endodôntico em dente decíduo	R$ 200,94
Exodontia simples de decíduo	R$ 92,54
Ulotomia	R$ 104,26
Ulectomia	R$ 112,08
Coroa de acetato em dente decíduo	R$ 125,94
Coroa de aço em dente decíduo	R$ 125,60
Mantenedor de espaço fixo	R$ 243,75
Mantenedor de espaço removível	R$ 243,75
Pulpotomia em dente decíduo	R$ 106,88
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	R$ 96,26
Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	R$ 46,22

19.5. Para Serviços de Diagnóstico em Odontologia e Laboratório de Prótese Dentária, serão adotados os valores das tabelas abaixo.

19.6. Os Serviços de Diagnóstico em Odontologia e Laboratório de Prótese Dentária prestados pelas CREDENCIADAS acontecerão mediante apresentação de Guia de Apresentação ao Beneficiário (GAB), anexada ao encaminhamento do Cirurgião-dentista da Seção de Odontologia do Grupo de Saúde de Alcântara. Para fins de faturamento, anexar cópia do encaminhamento do Cirurgião-Dentista à fatura do beneficiário que será encaminhada para auditoria.

19.7. **Serviços de Diagnóstico em Odontologia:**

EXAMES	VALOR
Documentação ortodôntica Simples Web	R$ 120,00
Documentação ortodôntica Básica	R$ 150,00
Documentação ortodôntica Padrão Web	R$ 200,00
Periapical unitária	R$ 21,15
Periapical total (valor total) - de 10 a 14 uni	R$ 200,00
Periapical (valor unitário) - até 3 uni	R$ 30,00
Periapical (valor unitário) - de 4 a 9 uni	R$ 25,00
Técnica de Clark / 3 periapicais - (valor total)	R$ 60,00
Técnica Miller-Winter (1 periapical/1 oclusal) - (valor total)	R$ 60,00
Oclusal	R$ 50,00
Interproximal (Bite-wing) unitária	R$ 35,00
Panorâmica Padrão	R$ 80,00
Panorâmica seio maxilar	R$ 80,00
Panorâmica ATM (4 projeções)	R$ 80,00
Laudo panorâmico	R$ 20,00

Telerradiografia lateral sem analises	R$ 80,00
Telerradiografia lateral até 3 analises	R$ 81,46
Telerradiografia frontal	R$ 80,00
Telerradiografia frontal com análise	R$ 81,46
Telerradiografia seios da face	R$ 80,00
Telerradiografia seios da face boca aberta	R$ 80,00
Telerradiografia submentovértice	R$ 80,00
Telerradiografia côndilo da mandíbula (AP Towne)	R$ 80,00
Carpal	R$ 80,00
Carpal com índice Carpal	R$ 90,00
Tomografia parcial CD ou 100% digital	R$ 180,00
Tomografia 1 arcada	R$ 290,00
Tomografia 2 arcadas	R$ 480,00

19.8. **Serviços de Laboratório de Prótese Dentária:**

PROCEDIMENTO	VALOR EDITAL
Aplicação de cerâmica sobre preparo	R$ 135,00
Aplicação de cerâmica sobre implante	R$ 135,00
Aplicação sobre aleta de metal	R$ 50,00
Aplicação de gengiva por elemento	R$ 70,00
Aplicação de cerâmica sobre zircônia	R$ 200,00
Coroa de emax maquiada	R$ 350,00
Inlay/onlay de emax	R$ 350,00
Coroa de emax estratificada	R$ 430,00
Coping de zircônia	R$ 250,00
Adesiva metalocerâmica	R$ 250,00
Coping sobre implante	R$ 100,00
Coping sobre preparo	R$ 100,00
Fundição de núcleo metálico	R$ 40,00
Barra para protocolo branemark	R$ 1.200,00
Munhão personalizado	R$ 100,00
Roach metálica	R$ 230,00
Aleta metálica por elemento	R$ 50,00
Montagem de dentes barra	R$ 150,00
Montagem de dentes em total	R$ 130,00
Montagem de dentes em roach	R$ 90,00
Moldeira individual	R$ 30,00
Acrilização de protocolo	R$ 400,00
Acrilização de total	R$ 350,00
Acrilização de roach	R$ 200,00
Conserto de prótese total ou parcial	R$ 100,00

Conserto de protocolo	R$ 150,00
Prótese provisória	R$ 160,00
Provisório sobre dente	R$ 60,00
Provisório sobre implante	R$ 70,00
Guia cirúrgico total	R$ 140,00
Guia cirúrgico parcial	R$ 80,00
Placa miorrelaxante	R$ 150,00
Placa de mordida impressa	R$ 180,00
Modelo impresso 3d	R$ 100,00
Modelo impresso 3d parcial	R$ 70,00
Bloco/coroa em resina foto	R$ 140,00
Reembasamento total	R$ 120,00
Reembasamento protocolo	R$ 180,00
RMF coroa total	R$ 140,00
Plano de cera parcial	R$ 10,00
Plano de prova para protocolo	R$ 50,00
Plano de prova para prótese total	R$ 25,00
Plano de prova roach	R$ 40,00
Enceramento diagnóstico convencional	R$ 50,00
Enceramento diagnóstico 3d	R$ 50,00

Elaborado por :

(assinado eletronicamente)
THAYRLA COSTA FONSECA Primeiro-Tenente Nutricionista
Presidente da Comissão de Credenciamento

Conferido por:

(assinado eletronicamente)
JOÃO PAULO DO **VALE** PEREIRA Tenente-Coronel Intendente
Agente de Controle Interno

Aprovado por:

(assinado eletronicamente)
CLÓVIS MARTINS DE SOUZA Coronel Aviador
Ordenador de Despesas

MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	ANEXO A - REFERENCIAL DE VALORES E PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
Data/Hora de Criação:	04/09/2024 19:23:43
Páginas do Documento:	38
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	39
Hash MD5:	320d6e15af27b945e75cf202847d6ff9
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten THAYRLA COSTA FONSECA no dia 05/09/2024 às 15:47:48 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten FELIPE DA SILVA GOMES no dia 13/09/2024 às 11:55:02 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Civil APARECIDO DERANZANI BICUDO no dia 16/09/2024 às 11:28:24 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Ten Cel Int JOÃO PAULO DO VALE PEREIRA no dia 17/09/2024 às 13:36:03 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel CLOVIS MARTINS DE SOUZA no dia 17/09/2024 às 19:32:06 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO