

ANEXOS

ANEXO I do Termo de Referência

As tabelas de referência são: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 2014; CBHPM 2012 para exames laboratoriais; Revista Hospitalar SIMPRO para materiais médicos e tabela CMED para medicamentos.

1. TABELAS REFERENCIAIS:

ITEM	PROCEDIMENTO	REFERENCIAL PARA PAGAMENTO
1.	Honorários Médicos	CBHPM 2014
2.	Consultas médicas em consultório, em domicílio e em Pronto Socorro,	Valor Fixo R\$ 143,81
3.	Laboratorial	CBHPM 2012
4.	Medicamentos em Geral	Primeira Tabela CMED/ANVISA vigente do ano da ocasião do atendimento, sendo Preço de Fábrica + 25%.
5.	Medicamentos em Geral (Não constante na tabela)	Primeira Tabela CMED/ANVISA vigente do ano da ocasião do atendimento, sendo Preço de Fábrica + 25%.
6.	Medicamentos uso Hospitalar (Restrito)	Primeira Tabela CMED/ANVISA vigente do ano da ocasião do atendimento, sendo Preço de Fábrica + 25%.
7.	Materiais	SIMPRO Nacional on-line.
8.	Materiais (Não constantes na tabela)	03 Orçamentos prévios seguirão o de menor valor, sem acréscimo de taxa de comercialização.
9.	Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	03 Orçamentos até o menor valor da SIMPRO.

2. PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIAS AFINS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	Fonoaudiologia (sessão)	R\$ 70,00
10101012	Consulta Nutrição	R\$ 70,00

10101012	Psicoterapia (1ª Consulta)	R\$ 75,00
20104227	Sessão Psicoterapia infantil	R\$ 70,00
20104219	Sessão Psicoterapia individual	R\$ 65,00
10101012	Terapia Ocupacional	R\$ 70,00
10101012	Fisioterapia	R\$ 55,00
20103484	Patologia Osteomioarticular em um membro	R\$ 50,00
20103492	Patologia Osteomioarticular em dois ou mais membros	R\$ 50,00
20103506	Patologia Osteomioarticular em um segmento da coluna	R\$ 50,00
20103522	Patologia Osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária	R\$ 50,00
20103514	Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna	R\$ 50,00
20103476	Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária	R\$ 50,00
20103441	Paraparesia/tetraparesia	R\$ 50,00
20103468	Parkinson	R\$ 50,00
20103328	Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras	R\$ 50,00
20103069	Assistência fisiátrica respiratória em pré e pós operatório de condições cirúrgicas	R\$ 50,00
20103450	Paraplegia e tetraplegia	R\$ 50,00
20103662	Recuperação funcional pós-operatória ou pós imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando um membro	R\$ 50,00
Para atendimento com Terapia Especializada em ABA – Acréscimo de 50%		

3. PACOTE DE HEMOTERAPIA

TRANSFUSÃO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
40402118	Deleucotização de unidade concentrado de hemácias	R\$55,20

40402126	Desleucotização de Unidade Concentrado de Plaquetas até 06 unidades	R\$43,70
	Filtro para remoção de Leucócitos Concentrado de Hemácias	R\$184,00
	Filtro para remoção de Leucócitos Concentrado de Plaquetas até 06 unidades	R\$207,00

HEMOTERAPIA - PACOTE REGIME HOSPITALAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
40402045	Hemácias	R\$778,96
40402053	Hemácias Lavadas	R\$784,93
40402070	Plaquetas Randômicas	R\$584,84
40402088	Crioprecipitado	R\$584,84
40402096	Plasma	R\$569,83
40402061	Plaquetas por Aferese	R\$3.326,01
40402037	Sangria	R\$62,72
40402100	Sangue Total	R\$797,04

HEMOTERAPIA - PACOTE REGIME AMBULATORIAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
40402045	Hemácias	R\$886,72
40402053	Hemácias Lavadas	R\$892,71
40402070	Plaquetas Randômicas	R\$692,61
40402088	Crioprecipitado	R\$692,61
40402096	Plasma	R\$677,58
40402061	Plaquetas por Aferese	R\$3.459,05
40402037	Sangria	R\$62,72

40402100	Sangue Total	R\$904,82
----------	--------------	-----------

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE HEMOTERAPIA	
• Unidades de concentrado de hemácias; • Honorários médicos transfusionais; • Tx. Utilização bolsa plástica por unidade; • Tx. Utilização bolsa descartáveis por unidade; • Sorologia chagas EIE por componentes hemoterápicos; • Pesquisa Anti-HBC por componentes hemoterápicos; • Sorologia Hepatite B (hBSag) RIE/EIE por componentes; • Pesquisa Anti-HIV I/II; • Pesquisa Anti-HTV I/II por unidade hemoterápicos; • Sífilis - VDRL por componentes Hemoterápicos; • Grupo Sanguíneo ABO e RH - Gel Teste; • Fenotipagem RH-HR; • Pesquisa Antic.Sericos Irregul. - Gel - Gel Teste • Eletroforese de Hemoglobina por componentes hemoterápicos; • Prova de Compatibilidade Pré-transfusional - Gel Teste; • Prova de Compatibilidade Pré-transfusional - Gel Teste;	
OBS: Caso sejam solicitados doadores para procedimentos, serão cobrados os equipamentos a seguir, que não estão inclusos no pacote: - MATERIAL KIT PARA AFERESE: CODIGO 70828709 – R\$ 828,00 - PROCESSADORA DE AFERESE: CODIGO 40403300 – R\$ 300,00	

4. PACOTES DE ANESTESIOLOGIA:

PORTE	ENFERMARIA	APARTAMENTO
1	R\$ 179,32	R\$ 358,63
2	R\$ 263,70	R\$ 527,40
3	R\$ 379,73	R\$ 759,46
4	R\$ 559,04	R\$ 1.118,09
5	R\$ 859,66	R\$ 1.719,32
6	R\$ 1.202,47	R\$ 2.404,94
7	R\$ 1.708,78	R\$ 3.417,55
8	R\$ 2.257,27	R\$ 4.514,54

Composição: honorário de anesthesiologista de acordo com o PORTE do procedimento

Para atendimentos de urgência, terá acrescido 30%
Valor será ajustado anualmente conforme correção do IPCA

5. PACOTE DE HISTERECTOMIA TOTAL

<u>PACOTE DE HISTERECTOMIA TOTAL</u>	
COMPOSIÇÃO	VALOR
Honorário cirurgião	R\$ 8.200,00
Taxas	
Materiais	
Medicamentos	
Exceto honorário de anestesista	

6. PACOTE DE MIELOGRAMA

<u>PACOTE DE MIELOGRAMA</u>	
COMPOSIÇÃO	VALOR
Honorário	R\$ 300,00
Taxas	
Materiais	
Medicamentos	

7. SERVIÇO DE TELE LAUDO EXAMES CARDIOLÓGICOS/MÉTODOS GRÁFICOS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40101010	ECG convencional	R\$ 8,00
20102020	Holter de 24 horas	R\$ 30,00
20102038	MAPA (24 horas)	R\$ 23,00

7.1 Descrição detalhada dos métodos, rotinas, etapas, tecnologias, procedimentos, frequência e periodicidade de execução do trabalho: A contratante se responsabilizará pela aquisição dos exames (adquirir os traçados de ECG, MAPA e HOLTER) por métodos próprios e a seguir disponibilizar o arquivo digital destes exames em software próprio da contratada.

7.2 A credenciado será responsável pela recepção dos arquivos dos exames, bem como emissão e arquivamento dos laudos destes exames, disponibilizando os mesmos para livre acesso contínuo e ininterrupto por parte da contratante de forma digital durante toda a vigência do contrato, 24 horas por dia e 7 dias por semana.

7.3 Caberá ao credenciado disponibilizar plataforma digital/software próprio para recepção e arquivamento temporário de imagens, arcando com os custos inerentes; disponibilizar profissional médico capacitado e habilitado (portador de título de especialista na área de interesse/RQE - Cardiologista) para laudar os exames durante toda a vigência do contrato, em horário comercial (7h às 18h), de segunda a sexta feira; sendo também de sua responsabilidade técnica/ética/legal as informações de teor médico descritas no laudo e proteção de dados (LGPD).

7.4 Todos os laudos de emitidos pelo credenciado serão disponibilizados em plataforma

digital (SITE/LINK de acesso) em arquivo que possibilite a impressão pela contratante em papel timbrado e contendo assinatura e dados profissionais (Nome completo, especialidade e número de registro no CRM) do médico cardiologista responsável pelo laudo.

7.5 A emissão dos laudos deverá ser feita em até 48 horas corridas do momento de envio do arquivo do exame para a plataforma de laudos para exames eletivos e em até 1 hora para exames classificados como urgentes.

7.6 Critérios para comprovação de capacitação profissional: a empresa contratada deverá disponibilizar profissional médico especialista na área de atuação (cardiologista), com proficiência comprovada por meio de Certificado de especialidade/Registro de Qualificação de Especialista emitido pelo Conselho Regional de Medicina, e/ou Título de Especialista emitido/reconhecido pela Associação Médica do Brasil, de acordo com as normas do respectivo Conselho.

8. CONDIÇÕES DE PROCEDIMENTOS PARA PACIENTES QUEIMADOS

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE UT	CIRURGIÃO	ANESTESIA	TX SALA PORTE 2	VALOR
DESTRIDAMENTO 30101280 PORTE 3C AMBULATORIAL VALOR POR UT R\$ 180,83	1	R\$ 180,83	R\$ 180,83	R\$ 346,05	R\$ 707,71
	2	R\$ 307,41	R\$ 307,41	R\$ 519,08	R\$ 1.133,90
	3	R\$ 433,99	R\$ 433,99	R\$ 519,08	R\$ 1.387,06
	4	R\$ 560,57	R\$ 560,57	R\$ 519,08	R\$ 1.640,22
	5	R\$ 687,15	R\$ 687,15	R\$ 519,08	R\$ 1.893,38
	6	R\$ 813,74	R\$ 813,74	R\$ 519,08	R\$ 2.146,55
	7	R\$ 940,32	R\$ 940,32	R\$ 519,08	R\$ 2.399,71
	8	R\$ 1.066,90	R\$ 1.066,90	R\$ 519,08	R\$ 2.652,87

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE UT	CIRURGIÃO	ANESTESIA	TX SALA PORTE 2	VALOR
CURATIVO 30101212 PORTE 1C AMBULATORIAL VALOR POR UT R\$ 43,47	1	R\$ 43,47	R\$ 123,55	R\$ 231,06	R\$ 398,98
	2	R\$ 73,90	R\$ 210,04	R\$ 347,94	R\$ 631,87
	3	R\$ 104,33	R\$ 296,52	R\$ 347,94	R\$ 748,79
	4	R\$ 134,76	R\$ 383,01	R\$ 347,94	R\$ 865,70
	5	R\$ 165,79	R\$ 469,49	R\$ 347,94	R\$ 982,62
	6	R\$ 195,62	R\$ 555,98	R\$ 347,94	R\$ 1.099,53
	7	R\$ 226,04	R\$ 642,46	R\$ 347,94	R\$ 1.216,44
	8	R\$ 256,47	R\$ 728,95	R\$ 347,94	R\$ 1.333,36

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE UT	CIRURGIÃO	1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	ANESTESIA	TX SALA PORTE 2	VALOR
DESBRIDAMENTO 30101280 PORTE 3C PACIENTE INTERNO VALOR POR UT R\$ 180,83	1	R\$ 180,83	R\$ -	R\$ -	R\$ 180,83	R\$ 346,05	R\$ 707,71
	2	R\$ 307,41	R\$ 92,22	R\$ -	R\$ 307,41	R\$ 519,08	R\$ 1.226,12
	3	R\$ 433,99	R\$ 130,20	R\$ -	R\$ 433,99	R\$ 519,08	R\$ 1.517,26
	4	R\$ 560,57	R\$ 168,17	R\$ 112,11	R\$ 560,57	R\$ 519,08	R\$ 1.920,51
	5	R\$ 687,15	R\$ 206,15	R\$ 137,43	R\$ 687,15	R\$ 519,08	R\$ 2.236,96
	6	R\$ 813,74	R\$ 244,12	R\$ 162,75	R\$ 813,74	R\$ 519,08	R\$ 2.553,41
	7	R\$ 940,32	R\$ 282,09	R\$ 188,06	R\$ 940,32	R\$ 519,08	R\$ 2.869,87
	8	R\$ 1.066,90	R\$ 320,07	R\$ 213,38	R\$ 1.066,90	R\$ 519,08	R\$ 3.186,22
	9	R\$ 1.193,48	R\$ 358,04	R\$ 238,70	R\$ 1.193,48	R\$ 519,08	R\$ 3.502,77
	10	R\$ 1.320,06	R\$ 396,02	R\$ 264,01	R\$ 1.320,06	R\$ 519,08	R\$ 3.819,22
	11	R\$ 1.446,64	R\$ 433,99	R\$ 289,33	R\$ 1.446,64	R\$ 519,08	R\$ 4.135,68

Observações: Número de auxiliares de cirurgia (pacientes internados) necessários para o tratamento.

01 UT – não comporta auxílio;

02 a 03 UTs – um auxiliar;

04 ou mais UTs – dois auxiliares

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE UT	CIRURGIÃO	1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	ANESTESIA	TX SALA PORTE 1 (a partir de 02OUT remunera-se 100%+50%)	VALOR
CURATIVO - 30101220 PORTE 2C PACIENTE INTERNO VALOR POR UT R\$ 90,42	1	R\$ 90,42	R\$ -	R\$ -	R\$ 123,55	R\$ 231,96	R\$ 445,93
	2	R\$ 153,71	R\$ 46,11	R\$ -	R\$ 210,04	R\$ 347,94	R\$ 757,80
	3	R\$ 217,01	R\$ 65,10	R\$ -	R\$ 296,52	R\$ 347,94	R\$ 926,57
	4	R\$ 280,30	R\$ 84,09	R\$ 56,06	R\$ 383,01	R\$ 347,94	R\$ 1.151,40
	5	R\$ 343,60	R\$ 103,08	R\$ 68,72	R\$ 469,49	R\$ 347,94	R\$ 1.332,82
	6	R\$ 406,89	R\$ 122,07	R\$ 81,38	R\$ 555,98	R\$ 347,94	R\$ 1.514,25
	7	R\$ 470,18	R\$ 141,06	R\$ 94,04	R\$ 642,46	R\$ 347,94	R\$ 1.695,68
	8	R\$ 533,48	R\$ 160,04	R\$ 106,70	R\$ 728,95	R\$ 347,94	R\$ 1.877,10
	9	R\$ 596,77	R\$ 179,03	R\$ 119,35	R\$ 815,43	R\$ 347,94	R\$ 2.058,53
	10	R\$ 660,07	R\$ 198,02	R\$ 132,01	R\$ 901,92	R\$ 347,94	R\$ 2.239,95
	11	R\$ 723,36	R\$ 217,01	R\$ 144,67	R\$ 988,40	R\$ 347,94	R\$ 2.421,38

Observações: Número de auxiliares de cirurgia (pacientes internados) necessários para o tratamento.

01 UT – não comporta auxílio;

02 a 03 UTs – um auxiliar;

04 ou mais UTs – dois auxiliares

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE UT	CIRURGIÃO	1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	ANESTESIA	TX SALA PORTE 1 (a partir de 02OUT remunera-se 100%+50%)	VALOR
CURAT. ESPECIAL - 30101239 PORTE 2C PACIENTE INTERNO VALOR POR UT R\$ 90,42	1	R\$ 90,42	R\$ -	R\$ -	R\$ 123,55	R\$ 231,96	R\$ 445,93
	2	R\$ 153,71	R\$ 46,11	R\$ -	R\$ 210,04	R\$ 347,94	R\$ 757,80
	3	R\$ 217,01	R\$ 65,10	R\$ -	R\$ 296,52	R\$ 347,94	R\$ 926,57
	4	R\$ 280,30	R\$ 84,09	R\$ 56,06	R\$ 383,01	R\$ 347,94	R\$ 1.151,40
	5	R\$ 343,60	R\$ 103,08	R\$ 68,72	R\$ 469,49	R\$ 347,94	R\$ 1.332,82
	6	R\$ 406,89	R\$ 122,07	R\$ 81,38	R\$ 555,98	R\$ 347,94	R\$ 1.514,25
	7	R\$ 470,18	R\$ 141,06	R\$ 94,04	R\$ 642,46	R\$ 347,94	R\$ 1.695,68
	8	R\$ 533,48	R\$ 160,04	R\$ 106,70	R\$ 728,95	R\$ 347,94	R\$ 1.877,10
	9	R\$ 596,77	R\$ 179,03	R\$ 119,35	R\$ 815,43	R\$ 347,94	R\$ 2.058,53
	10	R\$ 660,07	R\$ 198,02	R\$ 132,01	R\$ 901,92	R\$ 347,94	R\$ 2.239,95
	11	R\$ 723,36	R\$ 217,01	R\$ 144,67	R\$ 988,40	R\$ 347,94	R\$ 2.421,38

Observações: Número de auxiliares de cirurgia (pacientes internados) necessários para o tratamento.
01 UT – não comporta auxílio;
02 a 03 UTs – um auxiliar;
04 ou mais UTs – dois auxiliares

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE UT	CIRURGIÃO	1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	ANESTESIA	TX SALA PORTE 2 (a partir de 02OUT remunera-se 100%+50%)	VALOR
ESCARECTOMIA - 30101387 PORTE 3B PACIENTE INTERNO VALOR POR UT R\$ 157,87	1	R\$ 157,87	R\$ -	R\$ -	R\$ 180,83	R\$ 346,05	R\$ 684,75
	2	R\$ 268,38	R\$ 80,51	R\$ -	R\$ 307,41	R\$ 519,08	R\$ 1.175,38
	3	R\$ 378,89	R\$ 113,67	R\$ -	R\$ 433,99	R\$ 519,08	R\$ 1.445,62
	4	R\$ 489,40	R\$ 146,82	R\$ 97,88	R\$ 560,57	R\$ 519,08	R\$ 1.813,74
	5	R\$ 599,91	R\$ 179,97	R\$ 119,98	R\$ 687,15	R\$ 519,08	R\$ 2.106,09
	6	R\$ 710,42	R\$ 213,12	R\$ 142,08	R\$ 813,74	R\$ 519,08	R\$ 2.398,43
	7	R\$ 820,92	R\$ 246,28	R\$ 164,18	R\$ 940,32	R\$ 519,08	R\$ 2.690,78
	8	R\$ 931,43	R\$ 279,43	R\$ 186,29	R\$ 1.066,90	R\$ 519,08	R\$ 2.983,12
	9	R\$ 1.041,94	R\$ 312,58	R\$ 208,39	R\$ 1.193,48	R\$ 519,08	R\$ 3.275,47
	10	R\$ 1.152,45	R\$ 345,74	R\$ 230,49	R\$ 1.320,06	R\$ 519,08	R\$ 3.567,81
	11	R\$ 1.262,96	R\$ 378,89	R\$ 252,59	R\$ 1.446,64	R\$ 519,08	R\$ 3.860,16
Observações: Número de auxiliares de cirurgia (pacientes internados) necessários para o tratamento. 01 UT – não comporta auxílio; 02 a 03 UTs – um auxiliar; 04 ou mais UTs – dois auxiliares							

9. TAXAS DE SALA PORTE ANESTÉSICO

Código	TAXAS	
60023090	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	R\$ 84,00
60023104	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 1	R\$ 170,00
60023112	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 2	R\$ 250,00
60023120	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 3	R\$ 360,00
60023139	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 4	R\$ 530,00
60023147	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 5	R\$ 815,00
60023155	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 6	R\$ 1.140,00
60023163	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7	R\$ 1.620,00

10. TAXAS DE SALA DE OBSERVAÇÃO E ALUGUEL DE APARELHO OU EQUIPAMENTO

Código	TAXAS	
60033665	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 12 HORAS	R\$ 104,07
60033673	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 02 HORAS	R\$ 17,35
60033681	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 06 HORAS	R\$ 52,04
60033690	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, HORA SUBSEQUENTE	R\$ 8,67

60023384	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	R\$ 48,60
60034343	OXIGENIO POR MINUTO	R\$ 0,05
60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, POR USO	R\$ 220,69
60026855	ALUGUEL / TAXA DE FIBRA ÓTICA, POR USO	R\$ 30,37
60024160	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO, POR USO	R\$ 165,61
60024275	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA COLONOSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 97,80
60024330	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM, POR USO	R\$ 84,77
60024356	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 162,98
60024380	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R\$ 358,62
60024402	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LARINGOSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 84,77
60024887	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO DE URODINÂMICA, POR USO	R\$ 220,69
60027622	ALUGUEL / TAXA DE RAO X NO CENTRO-CIRÚRGICO, POR USO	R\$ 45,14
60033843	TAXA DE USO DE APARELHO ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA, POR USO	R\$ 84,77
60033860	TAXA DE USO DE APARELHO ENDOSCOPIA UROLÓGICA, POR USO	R\$ 143,44
60033959	TAXA DO LASER CIRÚRGICO, POR USO	R\$ 193,08

ANEXO II

CONDIÇÕES PARA PAGAMENTO DE DIÁRIAS, TAXA DE SALA, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, OPME, RADIOLÓGICOS CONTRASTADOS E CURATIVOS

1 - INSTRUÇÕES GERAIS

1.1 Diárias de Apartamento, Enfermaria, Quarto, Hospital-Dia, Pronto-Socorro, Isolamento, Suíte, Berçário e Berçário Patológico:

Código	TAXAS	
60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	R\$ 253,04
60000619	DIÁRIA DE BERÇÁRIO NORMAL	R\$ 83,25
60000627	DIÁRIA DE BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO	R\$ 159,81
60000635	DIÁRIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO COM BANHEIRO PRIVATIVO	R\$ 149,80
60001038	DIÁRIA DE UTI ADULTO GERAL	R\$ 685,84
60001046	DIÁRIA DE UTI CORONARIANA	R\$ 480,10
60001054	DIÁRIA DE UTI INFANTI / PEDIÁTRICA	R\$ 685,84
60001062	DIÁRIA DE UTI NEONATAL	R\$ 685,84

1.1.1 No valor das diárias deverão estar incluídos:

1.1.1.1 Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade;

1.1.1.2 Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, cozeira e serviços gerais;

1.1.1.3 Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;

1.1.1.4 Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia), incluindo café da manhã do acompanhante;

1.1.1.5 Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;

1.1.1.6 Orientação nutricional no momento da alta;

1.1.1.7 Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, ultrassom, etc);

1.1.1.8 Aspirador de secreções;

1.1.1.9 Taxa de vigilância epidemiológica;

1.1.1.10 Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas;

1.1.1.11 Equipamentos de Proteção Individual (EPI);

1.1.1.12 Fototerapia até 24 (vinte e quatro) horas, em caso de berçário; e

1.1.1.13 Alimentação após 06 (seis) horas, em caso de paciente em pronto-socorro.

1.1.2 Quando ao espaço físico, materiais e equipamentos, deverão estar incluídos:

1.1.2.1 Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito;

1.1.2.2 Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;

1.1.2.3 Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental;

1.1.2.4 Higienização concorrente e terminal, incluindo todos os materiais de uso na higiene e desinfecção;

1.1.2.5 Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares;

1.1.2.6 Orientação nutricional no momento da alta; Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;

1.1.2.7 Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, cepacol, clorexedina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;

1.1.2.8 Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico, seringa dosadora descartável;

1.1.2.9 Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou

modelo);

1.1.2.10 Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;

1.1.2.11 Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas);

1.1.2.12 Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;

1.1.2.13 Taxa administrativa do hospital;

1.1.2.14 Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;

1.1.2.15 Cortador de frascos de soro;

1.1.2.16 Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;

1.1.2.17 Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;

Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;

1.1.2.18 Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);

1.1.2.19 Carrinho de Emergência (incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho);

1.1.2.20 Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;

1.1.2.21 Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;

1.1.2.22 Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;

1.1.2.23 Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG: incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;

1.1.2.24 O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;

1.1.2.25 Equipamento de fototerapia;

1.1.2.26 Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, tocas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial);

1.1.2.27 Tricotomizador elétrico e a lâmina do Tricotomizador; e

1.1.2.28 Aparelho descartável de barbear;

1.1.3 Quanto aos cuidados de enfermagem, deverão estar incluídos:

1.1.3.1 Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;

1.1.3.2 Aspiraões, inalações se refere à instalação e o ato de realizar o procedimento;

1.1.3.3 O Ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico;

1.1.3.4 Controle de sinais vitais;

1.1.3.5 Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, como: espátula, absorventes, hidratantes, dentifrício, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;

1.1.3.6 Curativo, se refere ao ato de realizar procedimento de Enfermagem. Inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antisepsia como: álcool, polvidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexedina de qualquer tipo;

1.1.3.7 Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidades;

1.1.3.8 Mudança de decúbito;

1.1.3.9 Preparo de corpo em caso de óbito: incluso todo material utilizado para o preparo;

1.1.3.10 Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo. Exemplo: lavagem gástrica e preparo cirúrgico (enterocлизма, tricotomia);

1.1.3.11 Preparo e instalação de dieta;

1.1.3.12 Prescrição/Anotação de Enfermagem;

1.1.3.13 Sondagem se refere ao ato de realizar o procedimento;

1.1.3.14 Tricotomia;

1.1.3.15 Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock, COMB RED e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer* tipo de *tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

1.1.3.16 Taxa de curativo está incluso assepsia, gases, compressas, atadura e esparadrapo, remunera separado apenas pomadas; e

1.1.3.17 Taxa de nebulização está incluído atrovent, berotec, soro fisiológico e gases.

1.1.4 Será considerado diária de Hospital-Dia internação com até 12 horas.

1.1.2.1 Para diárias com mais de 12 horas de internação será considerado Diária Normal.

1.1.5 Não está incluso o frasco descartável que armazena a dieta para ser administrada.

1.2 Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Adulta e Pediátrica/ Unidade de Terapia Semi- Intensiva/Intermediária (UTSI) Adulta e Pediátrica:

1.2.1 Quando ao espaço físico, materiais e equipamentos, deverão estar incluídos:

1.2.1.1 Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito, pois já é remunerado plantonista 12 horas e diarista;

1.2.1.2 Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares;

1.2.1.3 Orientação nutricional no momento da alta; Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;

1.2.1.4 Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo inclui sensor de temperatura);

1.2.1.5 Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, clorexedina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;

1.2.1.6 Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico, seringa dosadora descartável;

1.2.1.7 Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;

1.2.1.8 Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados), escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;

1.2.1.9 Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;

1.2.1.10 Taxa administrativa do hospital;

1.2.1.11 Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.12 Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.13 Cortador de frascos e soros;

1.2.1.14 Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.15 Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.16 Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios;

1.2.1.17 Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.18 Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.19 Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;

1.2.1.20 Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;

1.2.1.21 Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);

1.2.1.22 Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.23 Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traquéias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;

1.2.1.24 Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;

1.2.1.25 Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador;

1.2.1.26 Gerador de marca-passo (provisório);

1.2.1.27 Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo inclui cabos;

1.2.1.28 Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); inclui cabos;

1.2.1.29 Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva;

1.2.1.30 Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;

1.2.1.31 Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;

1.2.1.32 Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, incluir sensor e cabo;

1.2.1.33 Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico inclui: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não;

1.2.1.34 Aparelho/equipamento para Fototerapia Convencional ou tipo Biliberço e Bilispot: inclui a taxa de uso;

1.2.1.35 Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;

1.2.1.36 Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG: incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;

1.2.1.37 O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;

1.2.1.38 Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, tocas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial); e

1.2.1.39 Taxa do equipamento CPAP/ BIPAP inclui todos os materiais reprocessáveis descartáveis ou não. Materiais: - Kits e materiais descartáveis como: circuito, máscara de qualquer tipo ou modelo e conexões.

1.2.2 Quanto aos cuidados de enfermagem, deverão estar incluídos:

1.2.2.1 Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;

1.2.2.2 Aspirações, inalações se refere à instalação e o ato de realizar o procedimento;

1.2.2.3 O Ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico,

1.2.2.4 Controle de sinais vitais;

1.2.2.5 Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado como: espátula, absorventes, hidratantes * dentífricio, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;

1.2.2.6 Curativo - se refere ao ato de realizar procedimento de Enfermagem inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antisepsia como: álcool, polvidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina qualquer tipo;

1.2.2.7 Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental. Higienização concorrente e terminal, incluindo todos os materiais de uso na higiene e desinfecção;

1.2.2.8 Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidades;

1.2.2.9 Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock, COMB RED e qualquer tipo ou modelo de oclutor, qualquer tipo de tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

1.2.2.10 Mudança de decúbito;

1.2.2.11 Preparo de corpo em caso de óbito: incluso todo material utilizado para o preparo (descartável ou não);

1.2.2.12 Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo. Exemplo: lavagem gástrica preparo cirúrgico (enterocлизма, tricotomia);

1.2.2.13 Preparo e instalação de dieta, não inclui o frasco descartável que armazena a dieta para ser administrada;

1.2.2.14 Prescrição/Anotação de Enfermagem;

1.2.2.15 Sondagens: se refere ao ato de realizar o procedimento;

1.2.2.16 Tricotomia - inclui Tricotomizador elétrico e a lâmina do Tricotomizador. Inclui aparelho descartável de barbear;

1.2.2.17 Taxa de curativo está incluso assepsia, gazes, compressas, atadura e esparadrapo, remunera separado apenas pomadas; e

1.2.2.18 Taxa de nebulização está incluído atrovent, berotec, soro fisiológico e gazes.

1.3 Diárias de UTI Neonatal

1.3.1 No valor das diárias deverão estar incluídos:

1.3.1.1 Todos os itens que compõe, mas diárias normais constantes do item 1.1, exceto a acomodação de acompanhante; e

1.3.1.2 Monitor cardíaco contínuo, oximetria, pressão não invasiva (PNI), taxa de eletrocardiograma, bomba de infusão, desfibrilador e nebulização;

1.3.2 Para os casos de permanência em UTI inferior a 12 horas será pago meia diária, exemplificado abaixo:

1.3.2.1 Recuperação e observação pós-procedimento diagnósticos ou cirúrgicos, observados os riscos inerentes ao ato e ao paciente;

1.3.2.2 Evolução para óbito no dia da internação; e

1.3.2.3 Transferência no período inferior a 12 horas da diária em curso.

1.3.3 Não está incluído: materiais e medicações, sangue e derivados, curativos, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas e leito especial (isolamento).

1.4 Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica /Neonatal:

1.4.1 No valor das diárias deverão estar incluídos:

1.4.1.1 Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1.2, incluindo a acomodação de acompanhante; e

1.4.1.2 Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP e fototerapia até 24 (vinte e quatro) horas.

1.5 Diárias Especiais de Berçário de Alto Risco:

1.5.1 No valor das diárias deverão estar incluídos:

1.5.1.1 Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1.2, incluindo a acomodação de acompanhante; e

1.5.1.2 Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP e fototerapia até 24 (vinte e quatro) horas.

1.6 Taxas de Sala em Centro Cirúrgico /Obstétrico:

1.6.1 No valor das taxas deverão estar incluídos:

1.6.1.1 Sala Cirúrgica - portes 0 a 8: local; mesa operatória; rouparia de sala, da enfermagem e médico; serviço enfermagem do procedimento; assepsia e antisepsia da equipe, paciente e ambiente; paramentação de toda a equipe, esterilização do material, monitor de multiparâmetros (ECG contínuo, PNI, monitor de pressão invasiva e oxímetro de pulso), carrinho de anestesia, exceto em caso de anestesia geral, raquidiana ou peridural, Iluminação (foco); controle dos sinais vitais, locomoção do paciente, aspirador de secreções e ventilação mecânica e instrumentador cirúrgico;

1.6.1.2 Taxa de curativo, exceto curativo especial;

1.6.1.3 Taxa de vigilância epidemiológica;

1.6.1.4 Aspirador de secreções e berço aquecido;

1.6.1.5 Equipamento de Proteção Individual (EPI); e

1.6.1.6 Campo Operatório/cirúrgico de qualquer tipo ou modelo, incluindo permanente e descartável.

1.7 Taxas de sala de Recuperação pós-anestésica:

1.7.1 Cobrança realizada quando os pacientes foram submetidos à anestesia geral, anestesia raquidiana ou anestesia peridural;

1.7.2 Deverá conter horário de admissão e alta da mesma; e

1.7.3 No valor da taxa deverá estar incluído:

1.7.3.1 Local; leito; rouparia da sala, da enfermagem e médico; e

1.7.3.2 Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, aspirador de secreções, serviço de enfermagem, uso de materiais para desinfecção do ambiente, paramentação de toda a equipe e EPI.

1.8 Taxa de Hemodinâmica:

1.8.1 Será de acordo com o porte anestésico do procedimento médico, não será pago taxa de sala.

1.8.2 Quando for realizado mais de um ato cirúrgico, simultaneamente, deverá ser cobrado 100% (cem por cento) da taxa de sala de maior porte e 50% (cinquenta por cento) da taxa de sala do segundo procedimento:

1.8.2.1 A taxa de instrumental não está incluída no valor da taxa de sala, devendo ser remunerada à parte; e

1.8.2.2 Para a taxa de instrumental só cabe a cobrança da taxa mais porte.

1.8.3 No valor da taxa deverá estar incluído:

1.8.3.1 Serviços de enfermagem uso de materiais de desinfecção do ambiente e uso de cosméticos, paramentação de toda a equipe, monitoração cardíaca, curativos pequeno e médio, PNI, bomba de infusão, oximetria, taxa de assepsia, taxa de vigilância epidemiológica, desfibrilador e EPIs.

1.9 Taxa de Sala Fora do Centro Cirúrgico:

1.9.1 Será de acordo com o porte anestésico do procedimento médico, pequenas cirurgias, procedimentos em ambulatório, endoscopia ou pronto socorro;

1.9.2 No valor das taxas deverão estar incluídos:

1.9.2.1 Sala Padrão: local; rouparia de sala, da enfermagem e médicos; serviços de enfermagem do procedimento; mesa principal e auxiliares; focos; preparo do paciente (sondagens), anti-sepsia da sala e instrumental;

1.9.2.2 Sala de Observação em Pronto Socorro: local; rouparia de sala, da enfermagem e

médicos; serviço de enfermagem;

1.9.2.3 Sala de Radiologia - Exames Contrastados: todos os itens constantes do subitem 1.6.1.1;

1.9.2.4 Sala de Vídeoesndoscopia e Videocolonosopia: consiste em sala específica (fora do Bloco Cirúrgico) para realização de procedimentos videoendoscópicos e videocolonoscópicos, incluindo todos os itens constantes do subitem 1.5.1.1, acrescido de foto e filme:

1.9.2.4.1 A taxa de uso do equipamento de videoendoscópico e a taxa de sala serão cobradas à parte;

1.9.2.4.2 Não cabe a cobrança de taxa de instrumental para os procedimentos endoscópicos; e

1.9.2.4.3 No caso de realização de procedimentos simultâneos e videocolonosopia, caberá cobrança da taxa de sala de maior porte.

1.9.2.5 Sala de Hemodinâmica - todos os itens do subitem 1.6.1.1:

1.9.2.5.1 A taxa de uso do equipamento de hemodinâmica deverá ser cobrada à parte.

1.10 Taxa de Sala de Gesso:

1.10.1 Será paga somente em caso de instalação de gesso:

1.10.2 Inclui o uso de equipamentos, higienização da sala, serviços de enfermagem, curativo pequeno e médio; e

1.10.2.1 Não será pago taxa para retirada de aparelho gessado.

1.11 Taxa de Sala de Quimioterapia:

1.11.1 A Taxa só será cobrada em caso de pacientes em tratamento ambulatorial; e

1.11.2 No valor das taxas deverão estar incluídos:

1.11.2.1 Sala de preparo do quimioterápico, quimioterapia sessão, serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos, paramentação de toda a equipe, curativos pequenos e médios e EPIs; e

1.11.2.2 Não cabe a cobrança de taxa de sala para administração via subcutânea e/ou via oral.

1.12 Protocolo de Troca de Dispositivo para o Intercâmbio Nacional

1.12.1 Para as trocas de dispositivos serão considerados os tempos indicados:

DISPOSITIVOS INTRAVENOSOS		
MATERIAL	PERÍODO MÉDIO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Cateter Venoso Veriférico	72 a 96 horas	Substituir o cateter imediatamente em casos de sinais de flebite ou obstruções do cateter
Cateter Arterial Periférico	72 a 96 horas	De forma geral, estes cateteres já não representam uma forma eficaz de leitura após 4 dias
Cateter Duplo Lumem	Não há recomendação	Retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco definido ou exteriorização
Cateter Swan Ganzâ	Não há recomendação de troca	Deverá permanecer no máximo 72 horas
Cateter Venoso Central (independente da forma de inserção)	Não há recomendação	Retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco definido ou exteriorização
Cateter Venoso para Hemodiálise	Não há recomendação	Retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco definido ou exteriorização
Cateter PICC	Não há recomendação	Retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco definido ou exteriorização
Cateter de longa permanência implantável (port-a-cathâ)	Não há recomendação	Trocar quando sinais de peritonite, obstrução, mal funcionamento ou sinais de infecção
Cateter de longa permanência semi-implantável (Hickman e Bravicâ)	Não há recomendação	Trocar quando sinais de peritonite, obstrução, mal funcionamento ou sinais de infecção
Cateter de Tenkoff	Não há recomendação	Trocar quando sinais de peritonite, obstrução ou mal funcionamento
Dispositivo de Infusão contínua com ponta de hubber (Cytocanã)	A cada 3 dias	Para as quimioterapias sistêmicas ambulatoriais acima de 3 dias ou nos casos de internação para quimioterapia
Agulha com ponta de hubber (Surecanã)	A cada punção	Para as limpezas de cateter e nas quimioterapias ambulatoriais sistêmicas até dois dias

EQUIPOS		
Equipo Comum	72 horas	-
Equipo Macrogotas	72 horas	-
Equipo com Câmara Graduada para Volumes (Bureta)	72 horas	-
Equipo Multivias (Polifixâ)	72 horas	Os equipos multivias (polifixâ) ou a torneirinha, devem ser trocados juntamente com o equipo
Equipo Perfusor Set (Extensofixâ)	72 horas	-
Equipo para Nutrição Enteral	24 horas	-
Equipo para Nutrição Parenteranal	A cada troca de frasco	-
Equipo para Administração de Sangue	A cada bolsa	-
Equipo para bomba de infusão	72 horas	Utilizar um equipo a cada 24 horas no caso de administração de soluções lipídicas
Torneirinha de 3 vias	72 horas	-
Transdutor de Pressão	72 horas	Aparato de fluxo contínuo e derivadores devem ser trocados juntamente com os transdutores

MISCELLANEOUS		
Tubo Oro-traqueal	Não há recomendação	Quando ocorrer obstrução
Coletor de Urina Externo (jontex)	24 horas	-
Bolsa Coletora de Urina Sist. Fechado	Não há recomendação	Em caso de obstrução/sujidade
Bolsa de Colostomia com e sem placa (não descartável)	07 dias	Trocar em caso de hiperemia local, secreção no sítio ou vazamento
Cânula de Traqueostomia Descartável	Não há recomendação	Conforme prescrição médica (CPM)
Cateter Peridural	48 horas	-
Sonda de Aspiração Sistema Fechado	Não há recomendação	Quando sujo ou com problemas
Sonda Enteral	Não há recomendação	Quando ocorrer obstrução
Sonda Foley	Não há recomendação	Quando ocorrer obstrução
Sistema de Conectar Clave	A cada 72 horas	É um dispositivo de segurança e, portanto não pode ser considerado como Equipamento de Proteção Individual-EPI-Ata 6 Conenfa

2 NOTAS EXPLICATIVAS:

2.1 As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.

2.2 O referencial para cobrança de medicamentos:

2.2.1 Atrovent e Berotec: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas)= 01 ml (um mililitro);

2.2.2 Xylocaina líquida: será cobrada por ml;

2.2.3 Xylocaina gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina= 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina= 20 gr (vinte gramas);

2.2.4 Cepacol: não será remunerado em nenhuma hipótese

2.2.5 Dersani: será cobrado 20 ml (vinte mililitros)/dia para lesões abertas, **não será remunerado para hidratação e prevenção de lesões;** e

2.2.6 Quimioterápicos: será cobrado por miligramas.

2.3 Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.

2.4 Honorários de fisioterapia serão pagos da seguinte forma:

2.4.1 Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em CTI-Adulto;

2.4.2 Até 04 (quatro) fisioterapias respiratórias (Ventilação Mecânica) e 02 (duas) motoras, por dia, em CTI-Adulto;

2.4.3 Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 01 (uma) motora, por dia, em apartamento/enfermaria, adulto e pediátrico;

2.4.4 Até 03 (três) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em CTI-Pediátrico; e

2.4.5 Até 04 (quatro) fisioterapias respiratórias (Ventilação Mecânica) e 02 (duas) motoras, em CTI-Pediátrico.

2.5 Equipos de bomba de infusão (BI) não serão pagos para manter veia e nos casos de soroterapia, salvo quando for em criança ou adulto com restrição hídrica.

2.6 Os materiais serão pagos conforme estabelecido no item 3 deste contrato.

2.7 Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência, terão que ter autorização prévia do Médico de Dia da SDSAU do GAP-AN via contato telefônico 3329-7512 ou email emergencias@yahoo.com.

2.8 Será pago o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.

2.9 Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.

2.10 As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.

2.11 As taxas de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverão constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.

2.12 Os exames de diagnóstico, do paciente internado, deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados.

2.13 Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.

2.14 Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento.

2.15 Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.

2.16 A taxa de aerosol está incluída no uso de gases.

2.17 No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.

2.18 As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.

2.19 Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.

2.20 A visita do nutrólogo deverá ser paga 01 (uma) por dia, devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta enteral e parenteral.

2.21 As fraldas descartáveis serão pagas até 06 (seis) unidades por dia, salvo em casos de paciente com quadro diarréico.

2.22 Os curativos especiais serão pagos conforme o item 5.2 desta Lista Referencial, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.

2.23 Em relação a marca, será adotada a de menor valor, exceto em casos específicos, que terá que ter justificativa médica e embalagem do produto, juntamente com o boleto bancário e a Nota Fiscal (caso não conste na tabela de referência de preços conveniada), anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia da Seção de Auditoria da CREDENCIANTE.

2.24 Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.

2.25 Para cirurgias múltiplas realizadas pela mesma equipe, paga-se somente 100% de uma taxa de sala.

- Para cirurgias múltiplas realizadas por equipes distintas:

- » Para regiões anatômicas distintas paga-se 100% da maior taxa acrescida de 50% da segunda maior taxa, limitada à cobrança de duas taxas de sala no máximo.

- » Para a mesma região anatômica paga-se 100% da maior taxa.

2.26 Não será remunerada taxa de registro em nenhuma situação;

2.27 A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário.

2.28 Curativo de recém nato (coto umbilical) não será coberto.

2.29 Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.

2.30 Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.

2.31 Não será paga a Taxa de Equipamento quando estiver previsto, na Tabela CBHPM, o Custo Operacional nos procedimentos.

2.32 O Auditor Concorrente poderá, a critério da Administração, participar como observador de procedimentos e cirurgias.

3 MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS

3.1 Não terão cobertura os seguintes materiais descartáveis:

3.1.1 Absorvente Higiênico.

3.1.2 Aconchego.

3.1.3 Água oxigenada.

3.1.4 Algodão

3.1.5 Aquecedor e manta térmica.

3.1.6 Bacia plástica.

3.1.7 Bandeja para raquianestesia.

3.1.8 Blusas descartáveis.

3.1.9 Bolsa de água quente.

3.1.10 Bom ar.

3.1.11 Bomba para ordenha.

3.1.12 Borracha de silicone.

3.1.13 Borracha para aspirador.

3.1.14 Cabo bipolar.

3.1.15 Cadeira de apoio para banho.

3.1.16 Calçados ortopédicos.

3.1.17 Camisa para microcâmera.

- 3.1.18** Campo cirúrgico (operatório) descartável.
- 3.1.19** Caneta para bisturi descartável / Placa de bisturi
- 3.1.20** Cânula de Guedel.
- 3.1.21** Capa para microscópio.
- 3.1.22** Chuca/chupeta.
- 3.1.23** Cidex.
- 3.1.24** Cinta lombar.
- 3.1.25** Circuito respiratório, traquéias, conexões, descartáveis ou não.
- 3.1.26** Clorehex
- 3.1.27** Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério.
- 3.1.28** Colete lombar.
- 3.1.29** Combi-red (tampa para soro).
- 3.1.30** Compressa cirúrgica.
- 3.1.31** Conexão para aspiração, bomba e pressão.
- 3.1.32** Conector.
- 3.1.33** Copo descartável.
- 3.1.34** Cotonete – pagar apenas para oftalmologia.
- 3.1.35** Cotonóide – pagar apenas para neurologia.
- 3.1.36** Creme dental.
- 3.1.37** Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado.
- 3.1.38** Despesa def rigobar.
- 3.1.39** Dispositivo anti-trombolítico.

3.1.40 Escova de degermação.

3.1.41 Escova de dente.

3.1.42 Escova para assepsia das mãos.

3.1.43 Espéculo descartável.

3.1.44 Esponja para banho.

3.1.45 Estabilizador de tornozelo.

3.1.46 Éter benzina e tintura de iodo.

3.1.47 Faixa elástica pós-operatória.

3.1.48 Filme endoscópio.

3.1.49 Filtro respirador, de qualquer modelo.

3.1.50 Fiso-Hex, povidine.

3.1.51 Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, band-aid, fita crepe, curativo adesivo de qualquer tipo ou modelo, usados em qualquer procedimento durante a internação.

3.1.52 Fitas de vídeo e CD.

3.1.53 Fixador de tubo traqueal.

3.1.54 Fixador externo.

3.1.55 Formol.

3.1.56 Frasco para exame.

3.1.57 Gaze radiopaca.

3.1.58 Gel parabiométrica.

3.1.59 Gerador de tecnécio.

3.1.60 Germipol.

- 3.1.61** Gesso sintético.
- 3.1.62** Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.
- 3.1.63** Imobilizador.
- 3.1.64** Lâmina para tricotomia.
- 3.1.65** Látex extensor de O2 e máscaras para oxigenoterapia.
- 3.1.66** Lençol descartável.
- 3.1.67** Luva para aparelho de laparoscopia.
- 3.1.68** Manta.
- 3.1.69** Manteiga de cacau.
- 3.1.70** Máscara laríngea.
- 3.1.71** Material de banho do RN.
- 3.1.72** Meia elástica.
- 3.1.73** Meia, cinta, atadura e calça elástica.
- 3.1.74** Mercúrio de prata.
- 3.1.75** Micro por espaçador.
- 3.1.76** Muletas.
- 3.1.77** Pasta gel.
- 3.1.78** Pijama descartável.
- 3.1.79** Plug adaptador macho.
- 3.1.80** Sabonete.
- 3.1.81** Sandália para gesso.
- 3.1.82** Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo.

3.1.83 Sensor infantil neonatal.

3.1.84 Sensor para oxímetro.

3.1.85 Tapoin.

3.1.86 Termômetro.

3.1.87 Tipóias.

3.1.88 Toalha descartável.

3.1.89 Redutor Trocáter.

3.1.90 Tampa cone Luer.

4 CONDIÇÕES PARA PAGAMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

4.1 Os pagamentos de Órteses, Proteses, Materiais Especiais descartáveis e reutilizáveis, serão pagos nas seguintes condições:

4.1.1 ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.

4.1.2 AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL.

4.1.3 AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 (um) por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.

4.1.4 ALÇA DEPOLIPECTOMIA.

4.1.5 ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU.

4.1.6 AORTIC PUNCH: Será pago valor integral.

4.1.7 APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR: Será pago para tricotomia em pré-operatório e tricotomia facial sendo no máximo 02 (duas) unidades.

4.1.8 ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: pagar 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01

(um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.

4.1.9 ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação. Em caso de contenção no leito, será pago apenas quando devidamente prescrito pelo médico responsável.

4.1.10 BALÃO HIDROSTÁTICO.

4.1.11 BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.

4.1.12 BALÃO PNEUMÁTICO.

4.1.13 BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.

4.1.14 BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.

4.1.15 BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO DESCARTÁVEL: 03 (três) por dia.

4.1.16 BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL: pagar integral.

4.1.17 BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.

4.1.18 BULL DOG: Não será pago.

4.1.19 CABO CONEXÃO – CONECTOR 603(EEF).

4.1.20 CABO CONEXÃO – CONESÃO 603.

4.1.21 CAL SODADA: Será pago 100 (cem) gramas por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.

4.1.22 CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH).

4.1.23 AGULHA DEVERESS.

4.1.24 CÂNULA DECOLANGIOGRAFIA.

4.1.25 CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA DESCARTÁVEL: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.

4.1.26 CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago 01 (uma) por entubação – troca 01 (uma) vez por semana, se necessário e mediante prescrição.

4.1.27 CÂNULA PARA ARTROSCOPIA.

4.1.28 CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.

4.1.29 CATÉTERABLAÇÃO.

4.1.30 CATETER ACS RXROCKET.

4.1.31 CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA).

4.1.32 CATETER CEREBRAL LR (EPTCA).

4.1.33 CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET).

4.1.34 CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA).

4.1.35 CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção.

4.1.36 CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.

4.1.37 CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago 01 (um) por internação.

4.1.38 CATETER DE PHMETRIA.

4.1.39 CATETER DECAPOIAR (STJUDES).

4.1.40 CATETER DIAG. ALTA / BAIXAPRESSÃO.

4.1.41 CATETER DIAG. MAMÁRIACATIPTCA.

4.1.42 CATETER DIAG. VERTEBRAL(EPTCA).

4.1.43 CATETER DIAGNÓSTICOPASS.

4.1.44 CATETERDUODECAPOIAR.

4.1.45 CATETER FLOW DPACK: cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON).

4.1.46 CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL): Será pago valor integral.

4.1.47 CATETERGENSINI.

4.1.48 CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA).

4.1.49 CATETER GUIA JR, JF, JL(BOSTON).

4.1.50 CATETER GUIA STERTZER.

4.1.51 CATETER GUIA UBRIT.

4.1.52 CATETER GUIA VIA FEMURAL /BRAQUIAL.

4.1.53 CATETER HEAD HANTER.

4.1.54 CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).

4.1.55 CATETER JUDKINS – CE.

4.1.56 CATETERLEHMANN.

4.1.57 CATETERMULTIPOURPOSE.

4.1.58 CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 (um) por internação para recém nascido.

4.1.59 CATETERNIH.

4.1.60 CATETERPHMETRIA.

4.1.61 CATÉTER PIGTAILNIH.

4.1.62 SIMMONS,COBRA.

4.1.63 CATETERQUADRIPOLAR/ABLAÇÃO.

4.1.64 CATETER SONES JUDKINS – CD.

4.1.65 CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.

4.1.66 CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

4.1.67 CATETERTRIPOLAR.

4.1.68 CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.

4.1.69 CATETER VODA (CAT CORONARIAE).

4.1.70 CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA:NÃO.

4.1.71 CESTA DE BASKET –CARDIOVASCULAR/GERAL.

4.1.72 CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.

4.1.73 CLIPADORRETO.

4.1.74 CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.

4.1.75 CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro(prótese).

4.1.76 COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 (um) a cada 03 (três)dias.

4.1.77 COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 (um) por dia mediante evolução de enfermagem.

4.1.78 COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 (DEZ) UNID:
Será pago valor integral.

4.1.79 CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO.

4.1.80 CONECTORY.

4.1.81 CPAP NASAL: NÃO.

4.1.82 DILATADOR.

4.1.83 DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.

4.1.84 ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.

4.1.85 ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC.PASSO.

4.1.86 ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO.

4.1.87 ENDOLOOP: Será pago 01 (uma) unidade.

4.1.88 EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 01 (uma) unidade.

4.1.89 EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.

4.1.90 ESCLERÓTOMO.

4.1.91 ESTABILIZADOR TECIDUALOCTOPUS.

4.1.92 EXTENSOR DEBOMBA.

4.1.93 EXTENSOR DEPRESSÃO.

4.1.94 EXTRATOR DE CÁLCULO DORME(URO).

4.1.95 FAIXASMARCH.

4.1.96 FIBRA ÓPTICA PARAENDOLASER.

4.1.97 FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.

4.1.98 FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) sessões.

4.1.99 FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.

4.1.101 FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIAENDOSCOPICA.

4.1.102 FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 - HIDRÓFILO.

4.1.103 FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 (seis) unidades por dia ou mais em caso de diarreia registrado.

4.1.104 FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL:
Será pago valor integral se houver solicitação médica.

4.1.105 GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica.

4.1.106 GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESEBILIAR.

4.1.107 HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.

- 4.1.108** Os equipos para infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas.
- 4.1.109** Os equipos para infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas. Para neonatal 48 (quarenta e oito) horas.
- 4.1.110** Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/dia utilizado.
- 4.1.111** INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO: Será pago integral.
- 4.1.112** INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 4.1.113** INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 4.1.114** ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 4.1.115** JELCOS E SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
- 4.1.116** KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
- 4.1.117** KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS.
- 4.1.118** KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respectiva embalagem em anexo.
- 4.1.119** KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
- 4.1.120** KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
- 4.1.121** KIT MAX VAC LEGACY.
- 4.1.122** KIT PARAVITRECTOMIA.
- 4.1.123** LÂMINA DE SHAIVER. (No caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral).
- 4.1.124** LINHA DE TROCA DE FLUÍDOGASOSA.
- 4.1.125** LINHA DETROCA.

4.1.126 LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.

4.1.127 MANIFOLD.

4.1.128 MANOBRADOR DE GUIA.

4.1.129 MANTA CAREQUILT:NÃO.

4.1.130 MICROPINÇA.

4.1.131 MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento [40 (quarenta) cm para acesso venoso de adulto e 20 (vinte) cm para criança], para pacientes não internados, ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.

4.1.132 ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.

4.1.133 PAPILOTOMA.

4.1.134 PAPILOTOMO OU ESFINCTERÓTOMO.

4.1.135 PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 (seis) por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.

4.1.136 PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.

4.1.137 PISTOLA DE IRRIGAÇÃO.

4.1.138 PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR).

4.1.139 PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).

4.1.140 PONTEIRO IRRIGADOR.

4.1.141 PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.

4.1.142 PUNCH DE BHARRON.

4.1.143 REDUTOR TROCATER.

4.1.144 ROTOR (MANIPULADOR GUIA).

4.1.145 SERINGA INSUFLADORA.

4.1.146 SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.

4.1.147 SERRA DE GIGLI:NÃO.

4.1.148 SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.

4.1.149 SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 (um) a cada 07 (sete) dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.

4.1.150 SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.

4.1.151 SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.

4.1.152 SOLUÇÃO CALIBRADORA.

4.1.153 SONDA DEDORMIA.

4.1.154 SONDA ENDOLASER.

4.1.155 SONDA MANOMETRIA.

4.1.156 SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.

4.1.157 SONDA NASOENTÉRICA: Será pago 01 (uma) por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.

4.1.158 STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

4.1.159 STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

4.1.160 SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.

4.1.161 TESOURA DE METZEMBAUER:NÃO.

4.1.162 TORNEIRA 05 (CINCO) VIAS.

4.1.163 TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.

4.1.164 TREPANO DEHESBHURG.

4.1.165 TROCATER: Será pago valor integral.

4.1.166 TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.

4.1.167 TUBO TRAQUEALARAMADO.

4.1.168 TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.

4.1.169 VÁLVULA HEMOSTÁTICA 02 (DUAS) OU 03 (TRÊS) VIAS (CONNECTORY).

Observação:

- Material com valor superior a R\$150,00, a embalagem deverá ser anexada ao prontuário.
- Mediante justificativa médica, os fracionamentos poderão ser reavaliados durante auditoria. Os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.

5 - PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS CONTRASTADOS

5.1 Tabela quantitativa dos procedimentos radiológicos contrastados:

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Broncografia unilateral	Hytraste	20 ml
Laringografia	Hytraste	20 ml
Ductografia (por mama)	Lipiodol UF	5 ml
Sialografia (por glândula)	Lipiodol UF	5 ml
Histerossalpingografia	Telebrix hystero	20 ml
Artrografia	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Fistulografia	Telabrix hystero	20 ml
Colangiografia transcutânea	Iodado (ionico)	40/50 ml
Colangiopancreatografia retrogr.	Iodado (iônico)	40/50 ml
Dacriocistografia	Lipiodol UF	5 ml
Reed	Neobar - (Bário)	200 a 250 ml
Ressonância Magnética	Magnevistan	0,1 a 0,2 ml/kg
Flebografia	Unilateral	40 a 60 ml
Flebografia	Bilateral	60 a 120 ml

5.2 Tabela quantitativa dos procedimentos radiológicos contrastados de Neuroradiologia:

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (não iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arco aórtico	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Arco aórtico	Iodado (não iônico)	100 a 150 ml
Angiografia medular	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Iopamiron 300	20 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Omnipaque 370	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Iopamiron 350	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Omnipaque 350	20 ml

Mielografia 3 segmentos	lopamiron 370	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Onmipaque 350	20 ml
Mielografia	Omnipaque 350	5 ml

5.3 Demais angiografias: Quantidade de contraste não previsível – variando com peso, complexidade do procedimento ou patologia.

5.4 Tabela quantitativa dos procedimentos radiológicos contrastados de Cardiologia:

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Cateterismo cardíaco	Telebrix - Optiray	100 a 150 ml
Cat + Angioplastia	Telebrix - Optiray	200 a 350 ml

5.5 Tabela quantitativa dos procedimentos radiológicos contrastados de Aparelho Digestivo:

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml
Colangiografia venosa	Biligrana infusão	100 ml
Colangiografia com planigrafia	Biligrana infusão	100 ml
Colangiografia oral	Iodado oral	12 comp.
Esôfago	Bário	1 Fr.
Estômago e Duodeno	Bário	2 Frs.
Esôfago, Hiato, Estômago e Duodeno	Bário	2 Frs.
Clister opaco	Bário	4 Frs.
Duodenografia Hipotônica	Bário	2 Frs.
Intestino delgado duplo contraste	Bário	3 Frs.
Seriografia gastroduodenal	Bário	2 Frs.

5.6 Tabela quantitativa dos procedimentos radiológicos contrastados de Aparelho Gêrito-Urinário:

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Urografia venosa	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia venosa	Iodado (não iônico)	40/50 ml
Pielografia ascendente	Iodado (iônico)	40/60 ml
Uretrocistografia	Iodado (iônico)	50/60 ml

Urografia venosa minutada	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia venosa minutada	Iodado (não iônico)	40/50 ml
Urografia com nefrotomografia	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia com nefrotomografia	Iodado (não iônico)	40/50 ml

5.7 Tabela quantitativa dos procedimentos radiológicos contrastados de Tomografia Computadorizada:

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Tomografia comp. Abdome sup.	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Abdome sup.	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Articulações	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Coluna (s/ mielo)	Iodados	100ml
Tomografia comp. Coluna (Seg.adic)	Iodados	100ml
Tomomielografia	Iodados	100 ml
Tomomielografia + intratecal	Não-iônicos-350	20 ml
TC crânio, cela, orbital	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Dinâmica	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Face- S.F. - T.M.	Iodados	100 ml
TC Mastóides - ouvidos	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Pescoço	Iodados	100 ml
TC segmento apêndice	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Tórax (não vasos)	Iodados	100 ml
TC Tórax (vasos e mediastino)	Iodados	150 ml

5.7.1 Em todos os procedimentos usa-se com igual volume iodado iônico injetável;

5.7.2 Nos estudos do abdome superior e pelve cabe a cobrança de contraste oral, sendo Bário Especial ou 01 (um) frasco de iodado de 50 (cinquenta) ml diluído em água ou soro;

5.7.3 Angiografias (espiral) cerebral, cervical, torácica, abdominal, pélvica, extremidade – iodado não iônico = 150 (cento e cinquenta) ml;e

5.7.4 Angio-tomografia aorta e membros inferiores – iodado não iônico = 250 (duzentos e cinquenta)ml.

5.8 Ressonância Magnética

5.8.1 Todos os códigos – Uso de contrastes em situações específicas. Volume em todos os exames é de 15 (quinze)ml.

6 CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DETAXAS

6.1 Tabela com a classificação dos curativos:

Tamanho	Extensão	Profundidade	Exsudação	Pomada / Solução	Quantidade
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente	Dermazine Dersani Kollagenase Age	10 ml 10 ml 10 g. 10 ml
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima a Moderada	Dermazine Dersani Kollagenase Age	15 ml 15 ml 15 g. 15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Dermazine Dersani Kollagenase Age	20 ml 20 ml 20 g. 20 ml

6.2 Curativos Especiais:

6.2.1 Serão pagos mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo:

Descrição do curativo	Frequência de trocas
Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata	de 01 (um) a 03 (três) dias
Hidrocolóide, Hidrogel	de 01 (um) a 07 (sete) dias

6.2.2 Caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior do que o especificado no subitem 5.2.1, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo Enfermeiro.