

## ANEXO J

### **Lista referencial de diárias, taxas, parâmetros (procedimentos médicos, Exames de Imagem, Laboratoriais e de Anatomopatologia), materiais, dietas, exames e procedimentos odontológicos e instruções gerais do FUNSA**

**TABELA 1- VALORES DE PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS**

| <b>HONORÁRIOS DE FISIOTERAPIA</b> |  |               |
|-----------------------------------|--|---------------|
| <b>Código</b>                     | <b>Descrição</b>   | <b>Valor</b>  |
| 5000014<br>4                      | Consulta ambulatorial em Fisioterapia  | R\$ 54,78     |
| 5000071<br>3                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema nervoso central e/ou periférico                        | R\$ 54,78     |
| 5000016<br>0                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético                                     | R\$ 54,78     |
| 5000073<br>0                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema respiratório   | R\$ 54,78     |
| 5000075<br>6                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular   | R\$ 54,78     |
| 5000019<br>5                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema tegumentar (queimaduras)                               | R\$ 54,78     |
| 5000020<br>9                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular, associada ou não a ulcerações | R\$ 54,78     |
| 5000021<br>7                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente no pré e pós-cirúrgico e em recuperação de tecidos   | R\$ 54,78     |
| 5000075<br>6                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial, preventivo e/ou terapêutico, ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema endócrino-metabólico     | R\$ 54,78     |
| 5000023<br>3                      | Atendimento fisioterapêutico ambulatorial para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho geniturinário, reprodutor e/ou proctológico             | R\$ 54,78     |
| 5000034<br>9                      | Consulta hospitalar em Fisioterapia  | R\$ 54,78     |
| 5000036<br>5                      | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético                                       | R\$ 54,78     |
| 5000038<br>1                      | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular.  | R\$ 54,78     |
| 5000039<br>0                      | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema tegumentar (queimaduras)                                 | R\$ 54,78     |
| 5000040<br>3                      | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico                       | R\$ 54,78     |
| 5000041<br>1                      | Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente no pré e pós-cirúrgico e em recuperação de tecidos   | R\$ 54,78     |
| 5000042<br>0                      | Atendimento fisioterapêutico hospitalar, preventivo e/ou terapêutico, ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema endócrino-metabólico       | R\$ 54,78     |
| 5000045<br>4                      | Atendimento fisioterapêutico hospitalar para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho geniturinário, reprodutor e/ou proctológico               | R\$ 54,78     |
| 5000044<br>6                      | Reeducação postural global (RPG)   | R\$ 54,78     |
| 3160101<br>4                      | Acupuntura, por sessão   | R\$109,5<br>6 |
| 3160218                           | Estimulação elétrica transcutânea  | R\$109,5      |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 5   |  | 6 |
| <b>Observação:</b> Esta tabela também será utilizada para as contas hospitalares. |  |   |

| HONORÁRIOS DE FONOAUDIOLOGIA   |  |           |
|--|--|-----------|
| Código   | Descrição  | Valor     |
| 5000058<br>6   | Consulta individual ambulatorial de fonoaudiologia | R\$ 56,16 |
| 5000050<br>8   | Consulta individual hospitalar de fonoaudiologia   | R\$ 56,16 |
| 5000061<br>6   | Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia   | R\$ 48,88 |
| 5000063<br>2   | Sessão individual hospitalar de fonoaudiologia     | R\$ 48,88 |
| <b>Observação:</b> As sessões serão autorizadas conforme padronização prevista na MCA 160-5, aprovada através da Portaria DIRSA N. 116/SECSARAM, de 5 de agosto de 2021. |  |           |

| HONORÁRIOS DE PSICOLOGIA  |   |           |
|---|---|-----------|
| Código  | Descrição                                       | Valor     |
| 5000046<br>2  | Consulta ambulatorial em psicologia             | R\$ 56,16 |
| 5000047<br>0  | Sessão de psicoterapia individual por psicólogo | R\$ 48,88 |
| <b>Observação:</b> As sessões serão autorizadas conforme padronização prevista na MCA 160-5/2021, aprovada através da Portaria DIRSA N. 116/SECSARAM, de 5 de agosto de 2021. |   |           |

| HONORÁRIOS DE NUTRICIONISTA   |  |           |
|---|--|-----------|
| Código  | Descrição                                      | Valor     |
| 5000056<br>0  | Consulta/Sessão ambulatorial por nutricionista | R\$ 62,64 |
| <b>Observação:</b> As sessões serão autorizadas conforme padronização prevista na MCA 160-5/2021, aprovada através da Portaria DIRSA N. 116/SECSARAM, de 5 de agosto de 2021. |  |           |

| HONORÁRIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL   |  |           |
|---|--|-----------|
| Código  | Descrição  | Valor     |
| 5000005<br>5  | Consulta individual ambulatorial, em terapia ocupacional                         | R\$ 54,78 |
| 5000008<br>0  | Sessão individual ambulatorial, em terapia ocupacional                           | R\$ 54,78 |
| 5000010<br>1  | Sessão individual hospitalar, em terapia ocupacional                             | R\$ 54,78 |
| 5000013<br>6  | Sessão de terapia ocupacional para treinamento de órteses, próteses e adaptações | R\$ 54,78 |
| <b>Observação:</b> As sessões serão autorizadas conforme padronização prevista na MCA 160-5/2021, aprovada através da Portaria DIRSA N. 116/SECSARAM, de 5 de agosto de 2021. |  |           |

| HONORÁRIOS DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES   |            |
|---|------------|
| Descrição   | Valor      |
| Sessão de ABA, com duração de 1h  | R\$ 115,00 |
| Sessão de TEACH, com duração de 1h  | R\$ 115,00 |
| Sessão de Neuropsicologia (acompanhamento), com duração de 1h   | R\$ 115,00 |
| Sessão de Integração Sensorial , com duração de 01h   | R\$ 115,00 |
| <p><b>Observação: 1)</b> Como não há codificação específica na tabela TUSS para os procedimento acima, no momento da celebração contratual/Termo de Adesão, será ajustado a codificação a ser utilizada, respeitando, OBRIGATORIAMENTE, os valores previstos neste Edital, independente do código utilizado.</p> <p><b>2)</b> As sessões serão autorizadas conforme padronização prevista na MCA 160-5/2021, aprovada através da Portaria DIRSA N. 116/SECSARAM, de 5 de agosto de 2021.</p> <p><b>3)</b> Será admitido a pactuação de PACOTES para atendimento de terapias multidisciplinares para pacientes com espectro autista, resguardando, OBRIGATORIAMENTE, a vantajosidade e economicidade, entre outros princípios inerentes à Administração Pública.</p> |            |

## TABELA 2 - DE VALORES DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS PARA HOSPITAIS E CLÍNICAS

2.1. Para serviços de Assistência Médica e Médica-Hospitalar e Apoio ao Diagnóstico Geral, serão pagos em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM vigente e portes de outubro de 2020, segundo descrito abaixo. Para os procedimentos não constantes desta, serão utilizadas, progressivamente, suas atualizações e será pago o custo operacional com valor da UCO igual a R\$ 21,89 (vinte e um reais e oitenta e nove centavos).

2.1.1. Os honorários médicos serão remunerados conforme item anterior, independentemente do tipo de acomodação do paciente (**Não haverá cobrança dupla de honorário**).

### TABELA REFERENCIAL PARA HONORÁRIOS MÉDICOS

#### VALORAÇÃO DE PORTES - TABELA CBHPM

|    |     |          |     |     |          |     |     |          |
|----|-----|----------|-----|-----|----------|-----|-----|----------|
| 1A | R\$ | 24,37    | 5C  | R\$ | 1.500,63 | 10B | R\$ | 3.358,00 |
| 1B | R\$ | 67,32    | 6A  | R\$ | 1.633,30 | 10C | R\$ | 3.490,67 |
| 1C | R\$ | 96,43    | 6B  | R\$ | 1.765,97 | 11A | R\$ | 3.623,34 |
| 2A | R\$ | 142,90   | 6C  | R\$ | 1.898,64 | 11B | R\$ | 3.756,00 |
| 2B | R\$ | 224,90   | 7A  | R\$ | 2.031,31 | 11C | R\$ | 3.888,67 |
| 2C | R\$ | 306,61   | 7B  | R\$ | 2.163,98 | 12A | R\$ | 4.021,34 |
| 3A | R\$ | 439,28   | 7C  | R\$ | 2.296,65 | 12B | R\$ | 4.154,01 |
| 3B | R\$ | 571,95   | 8A  | R\$ | 2.429,32 | 12C | R\$ | 4.286,68 |
| 3C | R\$ | 704,62   | 8B  | R\$ | 2.561,98 | 13A | R\$ | 4.419,35 |
| 4A | R\$ | 837,29   | 8C  | R\$ | 2.694,65 | 13B | R\$ | 4.552,02 |
| 4B | R\$ | 969,96   | 9A  | R\$ | 2.827,32 | 13C | R\$ | 4.684,69 |
| 4C | R\$ | 1.102,63 | 9B  | R\$ | 2.959,99 | 14A | R\$ | 4.817,36 |
| 5A | R\$ | 1.235,29 | 9C  | R\$ | 3.092,66 | 14B | R\$ | 4.950,03 |
| 5B | R\$ | 1.367,96 | 10A | R\$ | 3.225,33 | 14C | R\$ | 5.082,69 |

UCO = R\$ 21,89

**TABELA 3 - VALORES DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES**

| TABELA REFERENCIAL PARA DIÁRIAS E TAXAS |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| 1.1 DIÁRIAS                             |   |                                  |
| Código                                  | Descrição   | Valor (R\$)                      |
| 60000651                                | Diária de Apartamento Standard  | R\$ 594,27                       |
| 60000805                                | Diária de Quarto coletivo de 2 leitos com banheiro privativo                | R\$ 442,96                       |
| 60000660                                | Diária de Apartamento Standard da Maternidade                               | R\$ 594,27                       |
| 60000813                                | Diária de Quarto coletivo de 2 leitos da Maternidade com banheiro privativo | R\$ 442,96                       |
| 60000678                                | Diária de Apartamento Standard de Psiquiatria                               | R\$ 453,60                       |
| 60000570                                | Diária de Apartamento Simples de Psiquiatria                                | R\$ 421,20                       |
| 60000791                                | Diária de Hospital Dia - Psiquiatria  | R\$ 252,83                       |
| 60000619                                | Diária de Berçário Normal   | R\$ 284,73                       |
| 60000627                                | Diária de Berçário patológico / prematuro                                   | R\$ 630,96                       |
| 60001038                                | Diária de UTI Adulto  | R\$ 1.627,86                     |
| 60001046                                | Diária de Unidade Coronariana Intensiva                                     | R\$ 1.627,86                     |
| 60001062                                | Diária de UTI Neonatal  | R\$ 1.627,86                     |
| 60001054                                | Diária de UTI Pediátrica  | R\$ 1.627,86                     |
| 60001011                                | Diária de Unidade de Cuidados Intermediários                                | R\$ 630,93                       |
| 60000686                                | Diária de isolamento de Apartamento Standard                                | Acréscimo de 30% sobre a diária. |
| 60001330                                | Diária de isolamento de UTI Adulto  | R\$ 271,09                       |
| 60001348                                | Diária de isolamento de Unidade Coronariana Intensiva                       | R\$ 271,09                       |
| 60001364                                | Diária de isolamento de UTI Neonatal  | R\$ 271,09                       |
| 60001356                                | Diária de isolamento de UTI Pediátrica                                      | R\$ 271,09                       |
| 60000473                                | Diária de acompanhante somente com café da manhã                            | R\$ 127,27                       |

| 1.2 TAXAS DE SALA |  |             |
|-------------------|--|-------------|
| Código            | Descrição  | Valor (R\$) |
| 60033720          | Taxa de Sala de Repouso / Observação PA / PS, até 6 horas                                    | R\$ 93,56   |
| 60033738          | Taxa de Sala de Repouso / Observação PA / PS, hora subsequente                               | R\$ 15,59   |
| 60023384          | Taxa por uso / sessão de Sala de Procedimento Ambulatorial                                   | R\$ 131,13  |
| 60023376          | Taxa por uso de Sala de Pré-Parto  | R\$ 85,89   |
| 60023228          | Taxa por uso / sessão de Sala de Broncoscopia  | R\$ 103,45  |
| 60023287          | Taxa por uso / sessão de Sala de Endoscopia  | R\$ 103,45  |
| 60023244          | Taxa por uso / sessão de Sala de Colonoscopia  | R\$ 103,45  |
| 60023236          | Taxa por uso / sessão de Sala de Colocação / Retirada de Imobilização gessada ou não gessada | R\$ 42,91   |
| 60023414          | Taxa por uso / sessão de Sala de Radiologia Intervencionista                                 | R\$ 93,56   |
| 60023406          | Taxa por uso / sessão de Sala de Quimioterapia   | R\$ 93,56   |
| 60023317          | Taxa por uso / sessão de Sala de Hemodiálise   | R\$ 93,56   |
| 60023260          | Taxa por uso / sessão de Sala de Diálise Peritoneal  | R\$ 93,56   |
| 60026197          | Taxa de Câmara Hiperbárica por uso / sessão  | R\$ 630,79  |
| 60022973          | Taxa de Sala Cirúrgica, até 1 hora   | R\$ 361,80  |
| 60023007          | Taxa de Sala Cirúrgica, até 30 minutos subsequentes  | R\$ 180,90  |
| 60033576          | Taxa de Sala de Recuperação pós-Anestésica (até 4 horas)                                     | R\$ 157,38  |
| 60033576          | Taxa de Sala de Sala de Recuperação pós-Anestésica (até 8 horas)                             | R\$ 233,66  |
| 60033576          | Taxa de Sala de Sala de Recuperação pós-Anestésica (até 12 horas)                            | R\$ 279,66  |
| 60033576          | Taxa de Sala de Sala de Recuperação pós-Anestésica (até 18 horas)                            | R\$ 341,39  |

| <b>1.3 GASOTERAPIA</b> |   |                    |
|------------------------|---|--------------------|
| <b>Código</b>          | <b>Descrição</b>  | <b>Valor (R\$)</b> |
| 60034122               | Ar comprimido, por hora   | R\$ 9,30           |
| 60034130               | Ar comprimido, por minuto subsequente   | R\$ 0,14           |
| 60028394               | Gás Carbônico, até 1 hora   | R\$ 23,31          |
| 60034165               | Gás Carbônico, por minuto subsequente   | R\$ 0,20           |
| 60022965               | Nebulização, por aplicação (exceto mat/med)   | R\$ 13,95          |
| 60028521               | Nitrogênio, por hora  | R\$ 42,43          |
| 60034289               | Nitrogênio, por minuto subsequente  | R\$ 0,70           |
| 60028572               | Óxido Nitroso / Protóxido de Azoto, por hora  | R\$ 56,48          |
| 60034300               | Óxido Nitroso / Protóxido de Azoto, por minuto subsequente                            | R\$ 0,93           |
| 60034335               | Oxigênio, por hora  | R\$ 14,88          |
| 60034343               | Oxigênio, por minuto subsequente  | R\$ 0,24           |
| 60028580               | Oxigênio na Incubadora, por hora  | R\$ 24,68          |
| 60009918               | Oxigênio no respirador / ventilador, no Centro Cirúrgico, por hora                    | R\$ 23,11          |
| 60009977               | Oxigênio no respirador / ventilador, no Centro Cirúrgico, por minuto subsequente      | R\$ 0,38           |
| 60009900               | Oxigênio no respirador / ventilador, fora do Centro Cirúrgico, por hora               | R\$ 14,88          |
| 60009969               | Oxigênio no respirador / ventilador, fora do Centro Cirúrgico, por minuto subsequente | R\$ 0,24           |
| 60034050               | Vácuo, por hora *   | R\$ 9,30           |
| 60034386               | Vácuo, por minuto subsequente*  | R\$ 0,15           |

- \* **1. No caso de paciente internado em UTI estará incluso na diária global;**  
**2. Não será cobrado na sala cirúrgica e na sala de recuperação.**

| <b>1.4 TAXAS DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS</b> |  |                    |
|--|--|--------------------|
| <b>Código</b>                                | <b>Descrição</b>   | <b>Valor (R\$)</b> |
| 60033550                                     | Taxa de Registro (Ambulatorial / PS/ Internação) por atendimento | R\$ 39,58          |

| <b>1.5 TAXAS DE SERVIÇOS ESPECIAIS</b> |  |                    |
|--|--|--------------------|
| <b>Código</b>                          | <b>Descrição</b>   | <b>Valor (R\$)</b> |
| 60026812                               | Taxa de Excimer Laser, por uso   | R\$ 224,38         |
| 60023350                               | Taxa por uso / sessão de Sala de Litotripsia Extracorpórea (1ª sessão)                     | R\$ 958,56         |
| 60023350                               | Taxa por uso / sessão de Sala de Litotripsia Extracorpórea (reaplicação)                   | R\$ 958,26         |
| 60033517                               | Taxa de Punção Intra-articular   | R\$ 27,85          |
| 60033967                               | Taxa por unidade de Curativo Especial (exceto mat/med)                                     | R\$ 100,96         |
| 60034009                               | Taxa por unidade de Curativo Grande  | R\$ 81,18          |
| 60034017                               | Taxa por unidade de Curativo Médio   | R\$ 46,53          |
| 60034025                               | Taxa por unidade de Curativo Pequeno (oftálmico, , catéter venoso central e traqueostomia) | R\$ 22,74          |
| 60018488                               | Taxa por unidade de Curativo Umbilical   | R\$ 6,99           |
| 60015292                               | Taxa de Aplicação de injeção EV / IM / SC, ambulatorial                                    | R\$ 22,60          |
| 60025042                               | Taxa de Controle de Pressão Venosa Central, por uso/sessão                                 | R\$ 27,32          |
| 60023899                               | Taxa para Retirada de Pontos   | R\$ 24,21          |
| 60022663                               | Taxa de Lavagem de Ouvido por uso/sessão   | R\$ 21,18          |
| 60022540                               | Taxa de uso/sessão de lavagem gástrica   | R\$ 55,33          |
| 60022787                               | Taxa de uso/sessão de lavagem vesical  | R\$ 19,94          |
| 60023546                               | Taxa por uso/sessão de sondagem / cateterismo nasoenteral                                  | R\$ 25,81          |
| 60023457                               | Taxa por uso/sessão de sondagem / cateterismo gástrica                                     | R\$ 25,81          |
| 60023600                               | Taxa por uso/sessão de sondagem / cateterismo retal  | R\$ 68,50          |
| 60023783                               | Taxa de tricotomia, por uso e/ou sessão, com material                                      | R\$ 84,72          |
| 60029064                               | Taxa de instalação de soro ev, por uso/sessão, ambulatorial                                | R\$ 21,18          |

| <b>1.6 TAXAS DE EQUIPAMENTOS AVULSOS</b> |  |                    |
|--|--|--------------------|
| <b>Código</b>                            | <b>Descrição</b>   | <b>Valor (R\$)</b> |
| 60026650                                 | Aluguel taxa / equipamento dentário, por uso (AMOIS)                                     | R\$ 97,13          |
| 60024151                                 | Taxa de aparelho / equipamento para Artroscopia para cirurgia, por uso                   | R\$ 353,07         |
| 60024160                                 | Taxa de aparelho / equipamento para Artroscopia para diagnóstico, por uso                | R\$ 353,07         |
| 60024186                                 | Taxa de aparelho / equipamento para Broncoscopia flexível com vídeo, por uso             | R\$ 353,07         |
| 60033886                                 | Taxa de Cardiotocógrafo com registro, por uso  | R\$ 25,81          |
| 60033894                                 | Taxa de Carro de Parada Cardiorrespiratória, por uso                                     | R\$ 112,98         |
| 60033916                                 | Taxa de Craniótomo, por uso  | R\$ 322,02         |
| 60027207                                 | Taxa de Laser – Urologia, por uso  | R\$ 395,44         |
| 60024232                                 | Taxa de aparelho / equipamento para Cistoureteroscopia com vídeo, por uso                | R\$ 353,07         |
| 60024275                                 | Taxa de aparelho / equipamento para Colonoscopia com vídeo, por uso                      | R\$ 353,07         |
| 60024259                                 | Taxa de aparelho / equipamento para Coledoscopia com vídeo, por uso                      | R\$ 353,07         |
| 60027240                                 | Taxa de Litotripsor Ultrassônico, por uso  | R\$ 562,52         |
| 60024399                                 | Taxa de aparelho / equipamento para Laparoscopia, por uso                                | R\$ 353,07         |
| 60027452                                 | Taxa de Monitor de Vídeo, por uso  | R\$ 353,07         |
| 60025239                                 | Taxa de Aspirador Ultrassônico, por uso  | R\$ 315,46         |
| 60025182                                 | Taxa de Aspirador de Catarata /focoemulsificador, por uso                                | R\$ 353,07         |
| 60025298                                 | Taxa de uso do balão intra aórtico por dia   | R\$ 192,46         |
| 60025565                                 | Taxa de Bisturi Elétrico Monopolar, por uso  | R\$ 63,55          |
| 60025492                                 | Taxa de Bisturi Bipolar, por uso   | R\$ 63,55          |
| 60024070                                 | Taxa de aparelho / bomba de circulação extracorpórea, por uso                            | R\$ 104,70         |
| 60026413                                 | Taxa/aluguel de dermatomo elétrico, por uso  | R\$ 79,89          |
| 60026421                                 | Taxa/aluguel de desfibrilador (cardioversão), por uso                                    | R\$ 57,62          |
| 60024133                                 | Taxa/aluguel de Ecoendoscopia, por uso   | R\$ 633,09         |
| 60023287                                 | Taxa/aluguel por uso/sessão de sala de endoscopia digestiva alta                         | R\$ 103,45         |
| 60024330                                 | Taxa/aluguel de aparelho / equipamento para endoscopia digestiva alta com video, por uso | R\$ 353,07         |
| 60027169                                 | Taxa de intensificador de imagem, por uso.   | R\$ 84,72          |
| 60024399                                 | Taxa de aparelho / equipamento para laparoscopia para diagnóstico, por uso.              | R\$ 353,07         |
| 60027304                                 | Taxa de manta térmica, por uso   | R\$ 117,32         |
| 60027231                                 | Taxa de lipoaspirador, por uso   | R\$ 153,28         |
| 60027959                                 | Taxa de serra drill elétrica, por uso  | R\$ 353,07         |
| 60026235                                 | Taxa de caneta para dermo abrasão, por uso   | R\$ 84,72          |
| 60030151                                 | Taxa de monitor / monitorização de bis / sedação e anestesia, por dia                    | R\$ 66,03          |
| 60026987                                 | Taxa de garrote pneumático, por uso  | R\$ 78,89          |
| 60026790                                 | Taxa de estribo para tração transesquelética, por dia                                    | R\$ 8,08           |
| 60027550                                 | Taxa de perfurador pneumático, por uso   | R\$ 353,07         |

| <b>1.7 TAXAS DE EQUIPAMENTOS ESPECIAIS UTILIZADOS EM PRONTO ATENDIMENTO</b> |  |                    |
|---|--|--------------------|
| <b>Código</b>   | <b>Descrição</b>   | <b>Valor (R\$)</b> |
| 60029110  | Taxa de microscópio cirúrgico, por hora                  | R\$ 84,88          |
| 60029137  | Taxa de microscópio oftalmológico, por hora              | R\$ 84,88          |
| 60029188  | Taxa de monitor / monitorização cardíaca / ECG, por dia  | R\$ 83,64          |
| 60029226  | Taxa de monitor / monitorização cardíaca / ECG, por hora | R\$ 4,11           |
| 60029501  | Taxa de monitor / monitorização intracraniana, por dia   | R\$ 115,61         |
| 60031760  | Taxa de monitor / monitorização de oxímetro, por dia     | R\$ 94,86          |
| 60031808  | Taxa de monitor / monitorização de oxímetro, por hora    | R\$ 2,80           |
| 60027614  | Taxa de quadro balcânico, por dia                        | R\$ 18,47          |
| 60024801  | Taxa de aparelho de radiofrequência, por uso             | R\$ 261,90         |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 60027711 | Taxa de Respirador a volume, por dia                            | R\$ 190,77 |
| 60027720 | Taxa de Respirador a volume, por hora                           | R\$ 12,73  |
| 60027673 | Respirador a pressão, por dia                                   | R\$ 115,61 |
| 60027681 | Respirador a pressão, por hora                                  | R\$ 9,48   |
| 60027894 | Taxa/aluguel de Retossigmoidoscópio, por uso                    | R\$ 353,07 |
| 60028300 | Taxa/aluguel do Vitreógrafo, por uso                            | R\$ 160,05 |
| 60027738 | Taxa de Respirador BIPAP / CIPAP, por dia                       | R\$ 92,80  |
| 60024976 | Taxa de aparelho para Fototerapia, por dia                      | R\$ 94,86  |
| 60030356 | Taxa de monitor / monitorização de capnógrafo, por hora.        | R\$ 5,28   |
| 60030313 | Taxa de monitor / monitorização de capnógrafo, por dia.         | R\$ 126,94 |
| 60030631 | Taxa de monitor / monitorização de débito cardíaco, por dia     | R\$ 101,70 |
| 60029838 | Taxa de monitor / monitorização multiparâmetro (PANI), por dia  | R\$ 88,05  |
| 60029870 | Taxa de monitor / monitorização multiparâmetro (PANI), por hora | R\$ 4,73   |
| 60032537 | Taxa de monitor / monitorização de pressão pulmonar, por dia    | R\$ 115,61 |
| 60033053 | Taxa de monitor / monitorização de telemetria, por dia          | R\$ 145,38 |
| 60033215 | Taxa de monitor / monitorização de temperatura, por dia         | R\$ 101,70 |
| 60033240 | Taxa de monitor / monitorização de temperatura, por hora        | R\$ 4,25   |
|          | Monitorização Hemodinâmica (catéter dermodiluição, por dia)     | R\$ 115,61 |
|          | Monitorização mecânica pulmonar                                 | R\$ 13,97  |
|          | Monitorização pressão arterial intra-lumina                     | R\$ 115,61 |

## 1.8. DEFINIÇÕES:

**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 horas de cada dia. Períodos inferiores a 12 horas serão cobrados como meiadária.

**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 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.

**Diária de acompanhante:** a diária de acompanhante será custeada somente no caso de paciente menor de 18 ou maior de 60 anos de idade. Fora desses limites a alimentação deverá ser cobrada pela CREDENCIADA diretamente do acompanhante ou responsável.

**Berçário normal:** Quarto com berço comum para recém-nascido(mãe internada).

**Berçário Patológico:** Quarto para atendimento a recém-nascidos que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).

**Hospital-Dia:** Acomodação de pacientes para cirurgia ou exame, com permanência superior a 06 horas e, no máximo, 12 horas no hospital, não correspondente a uma diária convencional.

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

## 1. COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS

### 2.1. Diárias Normais de Aparatamento *Standart*, Quarto, Enfermarias, Hospital-Dia e Berçário Normal:

### **2.1.1. No valor das diárias deverão estar INCLUÍDOS:**

- 2.1.1.1. Instalações físicas (quarto, banheiro e ambientes de apoio);
- 2.1.1.2. Leito próprio (cama, berço), com leito de acompanhante par apartamento;
- 2.1.1.3. Alojamento conjunto em caso de maternidade;
- 2.1.1.4. Rouparia (permanente ou descartável);
- 2.1.1.5. Campos cirúrgicos e compressas;
- 2.1.1.6. Troca de roupa de cama e banho do paciente e do acompanhante quando em apartamento;
- 2.1.1.7. Serviço de camareira, copeira e serviços gerais;
- 2.1.1.8. Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto para nutrições especiais, dietas parenterais e enterais por sonda nasogástrica, nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia ou ileostomia e suplementos ;
- 2.1.1.9. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;
- 2.1.1.10. Limpeza e esterilização de instrumentais;
- 2.1.1.11. Assepsia e antisepsia da equipe profissional e paciente, incluindo materiais e antissépticos;
- 2.1.1.12. Orientação nutricional no momento da alta;
- 2.1.1.13. Transporte de equipamentos (Raio-X, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc);
- 2.1.1.14. Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- 2.1.1.15. Fototerapia até 24 horas, em caso de berçário;
- 2.1.1.16. Taxa de vigilância epidemiológica;
- 2.1.1.17. Registros hospitalares
- 2.1.1.18. Documentação do paciente.
- 2.1.1.19. Os seguintes serviços e cuidados de enfermagem:
  - 2.1.1.19.1. Administração de medicamentos por todas as vias;
  - 2.1.1.19.2. Preparo, instalação e manutenção de venóclise;
  - 2.1.1.19.3. Controle de sinais vitais;
  - 2.1.1.19.4. Controle de diurese;
  - 2.1.1.19.5. Mudança de decúbito;
  - 2.1.1.19.6. Locomoção interna do paciente;
  - 2.1.1.19.7. Preparo do paciente para procedimentos médicos incluídos os serviços de enfermagem e excluídos materiais e medicamentos (enteroclisma, tricotomia, sondagens, lavagens gástricas, etc.);
  - 2.1.1.19.8. Aspiração de secreções, berço aquecido com inclusão de materiais e medicamentos como sonda, soluções e luvas;
  - 2.1.1.19.9. Cuidados de higiene e conforto do paciente;
  - 2.1.1.19.10. Preparo do corpo em caso de óbito;
  - 2.1.1.19.11. Realização de curativos com inclusão de gases, micropores e soluções;
  - 2.1.1.19.12. Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas;
  - 2.1.1.19.13. Equipamentos de apoio necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc);

### **2.1.2. No valor das diárias estarão EXCLUÍDOS:**

- 2.1.2.1. Medicamentos;
- 2.1.2.2. Materiais descartáveis, especiais e de síntese;

- 2.1.2.3. Sangue e derivados;
- 2.1.2.4. Materiais de curativos especiais;
- 2.1.2.5. Órteses e próteses;
- 2.1.2.6. Honorários médicos do especialista, assistente e anestesista;
- 2.1.2.7. SADT (Serviço de apoio para diagnóstico e tratamento);
- 2.1.2.8. Dietas especiais (enterais, parenterais, por sonda nasogástrica, gastronomia, jejunostomia, ileostomia etc.);
- 2.1.2.9. Gasoterapia em todo e qualquer procedimento;
- 2.1.2.10. Serviços de enfermagem particular, por solicitação individual;
- 2.1.2.11. Isolamento ou precauções por ordem médica ou da enfermagem, da CCIH e que ocorrerão sobre a diária os acréscimos constantes da TABELA 1.1;
- 2.1.2.12. Materiais descartáveis utilizados na proteção do paciente em isolamento.

## **2.2. Diárias Especiais de Unidade ou Centro de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica, Neonatal e Coronariana / Unidade de Terapia Semi-intensiva.**

### **2.2.1. No valor das diárias deverão estar INCLUÍDOS:**

- 2.2.1.1. Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 2.1, exceto acomodações de acompanhante;
- 2.2.1.2. Equipamentos: Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, Monitor de Pressão não Invasiva (PNI), desfibrilador/cardioversor, nebulizador, Aspirador a vácuo (exceto o de aspiração contínua); bomba de infusão, respirador (CPAP/BIPAP), (VCM/BIPAP), HOOD, incubadora/berço aquecido (UTI Neonatal), fototerapia (UTI Neonatal), ventilador a volume;
- 2.2.1.3. Utilização de aparelhagens e equipe técnica;
- 2.2.1.4. Honorários do médico plantonista e intensivista; e
- 2.2.1.5. Os equipamentos e procedimentos das TABELAS 1.5, 1.6 e 1.7;

### **2.2.2. NÃO ESTÁ INCLUÍDO no valor da diária:**

- 2.2.2.1. Todos os itens constantes no item 2.1.2 deste anexo;
- 2.2.2.2. Materiais descartáveis (CPAP/BIPAP; VCM/BIPAP; e HOOD).
- 2.2.2.3. Intercorrências cirúrgicas;
- 2.2.2.4. Honorários do médico assistente (exceto plantonista/intensivista);

## **2.3. Taxas de Sala em Centro Cirúrgico / Obstétrico:**

### **2.3.1. No valor das salas deverão estar INCLUÍDOS:**

- 2.3.1.1. Local;
- 2.3.1.2. Rouparia de sala, da enfermagem e médico;
- 2.3.1.3. Paramentação de toda a equipe;
- 2.3.1.4. Serviço enfermagem do procedimento;
- 2.3.1.5. Controle dos sinais vitais;
- 2.3.1.6. Locomoção do paciente;
- 2.3.1.7. Equipamentos: Monitor multiparamétrico (ECG contínuo, Pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso); Aspirador de secreções; Berço aquecido; Cardioversor / Desfibrilador; e Carrinho de anestesia; Bisturi elétrico; Bomba de infusão; Respirador, exceto quando os equipamentos forem comprovadamente de outras empresas que tem contrato com o FUNSA-SM.
- 2.3.1.8. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;
- 2.3.1.9. Limpeza e esterilização do material e instrumentais; Assepsia e antisepsia da equipe profissional e paciente, incluindo materiais e antissépticos;
- 2.3.1.10 Kit de reanimação de RN;
- 2.3.1.11. Cuidados de higiene e limpeza do RN;
- 2.3.1.12. Taxa de curativo, exceto para curativo especial;
- 2.3.1.13. Taxa de vigilância epidemiológica;
- 2.3.1.14. Equipamento de Proteção Individual (EPI).
- 2.3.1.15. As taxas de sala terão acréscimo de 30% em sua valoração nos procedimentos realizados nos horários das 19h às 07h, em qualquer dia da semana e em qualquer horário nos finais de semana e feriados.
- 2.3.1.16. Para os procedimentos de Nefrolitotripsia, Ureterolitotripsia e Litotripsia por ondas de choque por procedimento, estão incluídos: taxa de sala, materiais, medicamentos, uso do aparelho, uso da sala e da recuperação, gasoterapia, gastos anestésicos e contrastes. Estão excluídos do valor do pacote: os honorários profissionais, do anestesiológico, materiais de alto custo enquadrados como OPME (órteses/ próteses/ materiais especiais), internações, e outras intercorrências.

#### **2.4. Taxas de Sala de Recuperação Pós-Anestésica:**

- 2.4.1. Cobrança realizada quando os pacientes foram submetidos à anestesia geral, anestesia raquidiana ou anestesia peridural, sedação, local assistida ou local com indicação do cirurgião;
- 2.4.2. Deverá conter o horário de admissão e alta da mesma;
- 2.4.3. Estão incluídos na taxa de sala de Recuperação:
  - 2.4.3.1. Local;
  - 2.4.3.2. Leito;
  - 2.4.3.3. Rouparia da sala, da enfermagem e médico;
  - 2.4.3.4. Oxímetro de pulso,
  - 2.4.3.5. Monitor cardíaco, monitorização de temperatura, monitorização de pressão não-invasiva; Aspirador de secreções;
  - 2.4.3.6. Serviço de enfermagem,
  - 2.4.3.7. Uso de materiais para desinfecção do ambiente, paramentação de toda a equipe e EPI.

## 2.5. Taxa de Hemodinâmica:

### 2.5.1. No valor da taxa deverão estar INCLUÍDOS:

- 2.5.1.1. Local;
- 2.5.1.2. Rouparia de sala, da enfermagem e médico;
- 2.5.1.3. Paramentação de toda a equipe;
- 2.5.1.4. Serviço enfermagem do procedimento;
- 2.5.1.5. Controle dos sinais vitais;
- 2.5.1.6. Locomoção do paciente;
- 2.5.1.7. Equipamentos: Monitor multiparamétrico (ECG contínuo, Pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso); Aspirador de secreções; Berço aquecido; Cardioversor / Desfibrilador; e Carrinho de anestesia; Bisturi elétrico; Bomba de infusão; Respirador, Capinógrafo, exceto quando os equipamentos forem comprovadamente de outras empresas que tem contrato com o FUNSA-SM.
- 2.5.1.8. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;
- 2.5.1.9. Limpeza e esterilização do material e instrumentais; Assepsia e antisepsia da equipe profissional e paciente, incluindo materiais e antissépticos;
- 2.5.1.10. Taxa de curativo pequeno e médio;
- 2.5.1.11. Taxa de vigilância epidemiológica;
- 2.5.1.12. Equipamento de Proteção Individual (EPI).
- 2.5.1.13. As taxas de sala terão acréscimo de 30% em sua valoração nos procedimentos realizados nos horários das 19h às 07h, em qualquer dia da semana e em qualquer horário nos finais de semana e feriados.
- 2.5.1.14. A taxa de sala será valorada de acordo com o porte anestésico do procedimento médico;
- 2.5.1.15. 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;
- 2.5.1.16. A taxa de instrumental só cabe a cobrança de maior porte;
- 2.5.1.17. A taxa de instrumental não está incluída no valor da taxa de sala, devendo ser remunerada à parte; e
- 2.5.1.18. No valor da taxa deverá estar incluído:
  - 2.5.1.18.1. Serviços de enfermagem; Controle de Sinais Vitais; Paramentação de toda a equipe profissional; Taxa de curativos pequeno e médio;
  - 2.5.1.18.2. Monitoração multiparamétrica (ECG contínuo, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso); Bombas de infusão; Cardioversor / Desfibrilador; Aspirador de secreções;
  - 2.5.1.18.3. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;
  - 2.5.1.18.4. Limpeza e esterilização do material e instrumentais;
  - 2.5.1.18.5. Assepsia e antisepsia da equipe profissional e paciente, incluindo materiais e antissépticos;
  - 2.5.1.18.6. Taxa de vigilância epidemiológica; e
  - 2.5.1.18.7. Equipamento de Proteção Individual (EPI).

## **2.6. Taxa de Sala Fora do Centro Cirúrgico:**

2.6.1. Cobrança realizada para pacientes submetidos à procedimentos ambulatoriais, pequenas cirurgias, endoscopia, colonoscopia e em pronto-socorro;

### **2.6.2. No valor das taxas deverão estar INCLUÍDOS:**

2.6.2.1. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;

2.6.2.2. Limpeza e esterilização do material e instrumentais;

2.6.2.3. Assepsia e antisepsia da equipe profissional e paciente, incluindo materiais e antissépticos;

2.6.2.4. Taxa de vigilância epidemiológica;

2.6.2.5. Equipamento de Proteção Individual (EPI);

2.6.2.6. Sala para procedimentos ambulatoriais:

2.6.2.6.1. Local;

2.6.2.6.2. Iluminação (foco);

2.6.2.6.3. Mesa principal e auxiliares;

2.6.2.6.4. Rouparia de sala, da enfermagem e médico;

2.6.2.7. Serviço enfermagem do procedimento:

2.6.2.7.1. Controle dos sinais vitais;

2.6.2.7.2. Preparo do paciente (sondagem; tricotomia, etc);

2.6.2.7.3. Locomoção do paciente;

2.6.2.8 Sala de Observação em Pronto-socorro:

2.6.2.8.1. Local;

2.6.2.8.2. Rouparia de sala, da enfermagem e médico;

2.6.2.8.3. Serviço enfermagem;

2.6.2.8.4. Controle dos sinais vitais;

2.6.2.8.5. Locomoção do paciente;

2.6.2.8.6. Alimentação para os pacientes com permanência superior a 6 (seis) horas;

2.6.2.9 Sala de Radiologia – Exames Contrastados:

2.6.2.9.1. Todos os itens constantes do subitem 2.5.1.1 e 2.5.1.2

2.6.2.9.2. Sala de Endoscopia /Colonoscopia:

2.6.2.9.3. Todos os itens constantes do subitem 2.5.1.1 e 2.5.1.2, acrescido de foto e filme;

2.6.2.9.4. No caso de realização de procedimentos simultâneos de vídeo endoscopia e videocolonoscopia, caberá cobrança de somente uma taxa de sala; e

2.6.2.9.5. A taxa de uso do equipamento de vídeo será valorada à parte.

## **2.7. Taxa de Sala de Gesso:**

2.7.1. Cobrança realizada somente para paciente submetidos a colocação de gesso;

### **2.7.2. No valor da taxa deverá estar INCLUÍDO:**

2.7.2.1. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;

2.7.2.2. Limpeza e esterilização do material e instrumentais;

2.7.2.3. Assepsia e antisepsia da equipe profissional e paciente, incluindo materiais e antissépticos;

- 2.7.2.4. Inclui o uso de equipamentos pertinentes ao procedimento;
- 2.7.2.5. Serviços de enfermagem;
- 2.7.2.6. Curativo pequeno e médio;
- 2.7.2.7. Equipamento de Proteção Individual (EPI); e
- 2.7.2.8. Não será valorada para retirada de aparelho gessado.

## **2.8. Taxa de Sala de Quimioterapia:**

2.8.1. Cobrança realizada somente para pacientes em tratamento ambulatorial;

### **2.8.2. No valor da taxa deverá estar INCLUÍDO:**

- 2.8.2.1. Sala de preparo do quimioterápico;
- 2.8.2.2. Sessão de quimioterapia;
- 2.8.2.3. Paramentação de toda a equipe profissional;
- 2.8.2.4. Serviços de enfermagem;
- 2.8.2.5. Controle de Sinais Vitais;
- 2.8.2.6. Curativo pequeno e médio;
- 2.8.2.7. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;
- 2.8.2.8. Limpeza e esterilização do material e instrumentais;
- 2.8.2.9. Assepsia e antisepsia da equipe profissional e paciente, incluindo materiais e antissépticos; Equipamento de Proteção Individual (EPI); e
- 2.8.3. Não cabe a cobrança de taxa de sala para administração de quimioterápico por via subcutânea e/ou via oral.

## **2.9. Classificação dos Curativos para Pagamentos de Taxas:**

### **2.9.1. Tabela com a classificação dos curativos:**

- 2.9.1.1. Curativos especiais, ou seja aqueles que exijam coberturas industrializadas, após a indicação de médico ou enfermeiro, será de acordo com o Grupo de Lesões de Pele da CREDENCIADA, que se obriga a enviar cópia de seus protocolos atualizados à CREDENCIANTE.
- 2.9.1.2. Quando o curativo for a nível ambulatorial e eletivo, faz-se necessário a autorização prévia.
- 2.9.1.3. A classificação das lesões será de acordo com o Grupo de Lesões de Pele da CREDENCIADA, que se obriga a enviar cópia de seus protocolos atualizados à CREDENCIANTE, devendo ser previamente autorizados pela mesma.
- 2.9.1.4. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
- 2.9.1.5. Caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior do que o especificado pelo fabricante, as solicitações de trocas deverão ser justificadas e/ou evolução, por escrito, pelo Enfermeiro.

## 2.10. Referencial para Cobrança de Medicamentos e Outras Taxas:

- 2.10.1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas;
- 2.10.2. Taxa de registro ambulatorial será paga 01 (uma) por paciente;
- 2.10.3. Honorário de fisioterapia será pago da seguinte forma:
  - 2.10.3.1. Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em UTI-Adulto;
  - 2.10.3.2. Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 01 (uma) motora, por dia, em apartamento, adulto e pediátrico; e
  - 2.10.3.3. Até 03 (três) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em UTI- Pediátrico
- 2.10.4. Brometo de Ipratrópio e Bromidato de Fenoterol: serão cobrados em ml(mililitro),considerando 20gts (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro);
- 2.10.5. Xylocaínagel: será cobrada em gramas,sendo que para a sondagem vesical feminina será recomendado a quantidade de 10g (dez gramas) e para a sondagem vesical masculina 20g (vinte gramas); com exceção dos procedimentos de urologia;
- 2.10.6. Óleo dermoprotetor: será Cobrado 10 ml por checagem;
- 2.10.8. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia,salvo quando for justificado em prontuário médico;
- 2.10.8. Os exames de diagnóstico deverão constar na requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48 (quarenta e oito) horas para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa;
- 2.10.9. Os materiais de punção, quando utilizados em quantidade superior à recomendada, deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior ao indicado;
- 2.10.10. Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros;
- 2.10.11. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar devidamente registrados em prontuário. A falta deste implicará o não pagamento da taxa de registro;
- 2.10.12. 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;
- 2.10.13. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações;
- 2.10.14. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa)anexado e checagem em prontuário;
- 2.10.15. 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;
- 2.10.16. As Órteses e Próteses e Materiais Especiais, cirúrgicos serão pagas mediante autorização prévia da contratante, quando for em caráter eletivo, para os casos de urgência e emergência a autorização será *a posteriori*;
- 2.10.17. Em relação à marca da OPME, será adotada a de menor valor, exceto em casos específicos, que terá que ter justificativa médica e etiqueta do produto implantável ou não, com o boleto bancário e/ou Nota Fiscal, anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia da Seção de Auditoria da CREDENCIANTE;
- 2.10.18. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica ou enfermagem, em caso de troca terá

que ser justificativa;

2.10.19. A troca de cateter de swanganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico, conforme comprovação de etiqueta ou embalagem.

2.10.20. Curativo de recém-nato (coto umbilical) não será coberto;

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

2.10.22. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado;

2.10.23. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro, juntamente com a descrição do procedimento no relatório da enfermagem;

2.10.24. Não será valorada para retirada de aparelho gessado.

2.10.25. 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.

2.10.26. ÁGUA DESTILADA PARA INCUBADORAS: Será pago 01 (um) frasco de 1000 (um mil) ml por dia para incubadoras

#### **2.11 Materiais Descartáveis não cobertos pelo FUNSA-SM:**

ABAIXADOR DE LÍNGUA

ABSORVENTE HIGIÊNICO

BANDEJA PARA RAQUIANESTESIA OU BANDEJAS EM GERAL

BLUSAS DESCARTÁVEIS

BOM AR

BORRACHA DE SILICONE

BORRACHA PARA ASPIRADOR

CAMISA PARA MICROCÂMERA

CANETA PARA BISTURI DESCARTÁVEL

CÂNULA DE GUEDEL

CHUCA/CHUPETA

CIDEX CLOROHEX

CONEXÃO PARA ASPIRAÇÃO, BOMBA E PRESSÃO

CREME DENTAL

DERMOIDINE, GERM-HAND, STERILDERM, ÁLCOOL IODADO- INCLUSO NAS DIÁRIAS E TAXAS DE SALA.

|   |
|---|
| ESPONJA PARA BANHO  |
| ESPONJAS EM GERAL   |
| ÉTER BENZINA E TINTURA DE IODO- INCLUSO NAS DIÁRIAS E TAXAS DE SALA.                      |
| FILME ENDOSCÓPICO   |
| FISOHEX, POVIDINE   |
| FORMOL  |
| FRALDAS DESCARTÁVEIS  |
| FRASCOS PARA EXAMES   |
| GEL PARA BIOMÉTRICA   |
| GERADOR DE TECNECIA   |
| GERMPOL   |
| GESSO SINTÉTICO   |
| GORRO, MÁSCARAS, PROPÉS, AVENTAIS, CAPOTES E CALÇAS- INCLUSO NAS DIÁRIAS E TAXAS DE SALA. |
| LENÇOL DESCARTÁVEL  |
| MANTEIGA DE CACAU   |
| MERCÚRIO DE PRATA   |
| OSTEDLITE   |
| PALITO DE LARANJEIRA  |
| PASTA GEL   |
| PIJAMA DESCARTÁVEL  |
| PLACA PARA BISTURI  |
| SABONETE  |
| SENSOR INFANTIL/ NEONATAL   |
| SENSOR PARA OXÍMETRO  |
| SUBGALATO DE BISNUTO  |
| TOALHA DESCARTÁVEL  |

## 2. A Assistência Médica a ser prestada se dará da seguinte forma:

**3.1. PELO MÉDICO PLANTONISTA DO HOSPITAL:** no pronto atendimento em casos de comprovada urgência/emergência, para intercorrência de pacientes internados, na UTI, UCOR/ NEURO e UTI Neonatal.

**3.2. PSIQUIATRIA:** 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 as sessões deverão constar no prontuário médico a data de atendimento. A ausência de anotação das sessões em prontuário implicará na glosa do procedimento.

**3.3. OFTALMOLOGIA:** A consulta oftalmológica inclui a anamnese, refração, inspeção e exame de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada 6 meses. Casos em que o médico julgar necessária frequência maior, esta deverá ser justificada. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

**3.4. GINECOLOGIA:** fazem parte da consulta os procedimentos de anamnese, exame de mamas e exame por meio do toque vaginal, além de inspeção direta do colo uterino por espéculo vaginal.

**3.5. Pelos profissionais médicos do corpo clínico da CONTRATADA, que sejam credenciados da CONTRATANTE.** Caso o atendimento seja realizado por médico não credenciado ao FUNSA-SM, a CONTRATADA deverá solicitar autorização do médico auditor ou médico plantonista da CONTRATANTE e registrar no prontuário do paciente ou documentos do atendimento.

**3.6.** Pelo médico credenciado pela CONTRATANTE, nos casos de atendimento por médico especialista em pronto socorro, cirurgia, internação, orientação do tratamento, consultoria e acompanhamento do paciente fazendo parte ou não do Corpo Clínico do Hospital, desde que aprovado pelas Direções Clínica e Técnica do Hospital.

**3.7.** Nos casos em que durante a evolução do paciente for necessária assistência de outro médico especialista, a CONTRATADA poderá acionar os médicos militares ou médicos credenciados pela CONTRATANTE mediante autorização prévia do FUNSA- SM), desde que aprovado pelas Direções Clínica e Técnica do Hospital.

**3.8.** Em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor ou Chefe do FUNSA-SM, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação e nome do hospital. As visitas hospitalares serão remuneradas conforme evolução no prontuário do paciente.

#### TABELA 4 - MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO

*\*\*substâncias ativas que necessitam de autorização prévia*

Abciximab (Antiagregante Plaquetário, Reopro);  
Acetato de Caspofungina (Cancidas);  
Acetato de Glatirâmer (para Esclerose Múltipla, Copaxone);  
Ácido Hialurônico (Synvisc, Polireumin);  
Adalimumabe (para Artrite Reumatóide, Humira);  
Adesivos de Fibrina (Beriplast, Tissucol);  
Albumina Humana; Alfatirotropina (Thyrogen);  
Alprostadil (Aplicav, Bedfordalprost, Caverject, Prostavasin);  
Alteplase (Actilyse);  
Anfotericina B Complexo Lipídico (Abelcet, Amphocil);  
Anfotericina B Liposomal (Ambisome);  
Anticorpos;  
Antiinibidor dos Fatores VIII e IX (Feiba);  
Antitrombina III (Kybernin, At III Immuno);  
Aprepitante (Emend);  
Atosibano (Tractocicle);  
Basiliximab (Simulect);  
Bosentana (para Hipertensão Pulmonar, Tracleer);  
Clodronate (Bonefós, Ostac);  
Concentrado dos Fatores de Coagulação II, VII, IX e X. (Beriplex);  
Daclizumab (Zenapax);  
Daptomicina (Cubicin);  
Drotrecogina Alfa (Xigris);  
Efalizumab (Raptiva);  
Eptacog Alfa, Fator VLLA (Novoseven);  
Eritropoetina (Eprex, Hemax, Recormon, Alfaepoetina, Eritromax);  
Ertapenen (Invanz);  
Estreptoquinase (Solustrep, Streptase, Stretonase);  
Etanercepte (Enbrel);  
Fator Antihemofílico; Fator II, VII, IX e X (Prothromplex);  
Fator IX (Fator IX Grifols, Immunine);  
Filgrastima (Granulokine, Granulen, Granomax, Filgrastine, Leucin);  
Imunoglobulina (Imunoglobulin, Sandoglobulina, Venimmuna, Endobulin, Flebogamma);  
Infliximab (Remicade);  
Interferon (Beferon, Blauferon, Roferon, Intron, Kinnoferon Serobif, Avonex, Rebif, Betaferon);  
Interleucina (Interleukin, Proleukin);  
Levosimendano (Simdax);  
Linezolid (Zyvox);  
Muromonab Cd3 (Orthoclone Okt 3);

Natalizumabe (Tysabri);  
Octreotida (Sandostain);  
Omalizumab (Xolair);  
Palivizumab (Synagis);  
Paliperidona, Palmitato Inj. (Invega Sustenna Inj.);  
Polimixina B, Sulfato (Badforpoly B);  
Ranibizumabe (Lucentis);  
Sirolimus (Rapamune);  
Somatostatina (Stilamin);  
Sulfato de Polimixina B (Bedfordpoly B, Polixil B);  
Surfactante Pulmonar (Aveofact, Survanta, Curosurf);  
Tacrolimus (Prograf);  
Teicoplanina (Targocid, Bactomax, Teiconon, Teicozid, Kirom);  
Tenecteplase (Metalyse);  
Tirofibano, Cloridrato (Agrastat);  
Tocilizumabe (Actemra);  
Toxina Botulinica (Botox, Dysport, Prosigne);  
Trastuzumab (Herceptin);  
Verteporfina (Visudyne);  
Voriconazol (Vfend)

**TABELA 5 - VALORES DE REFERÊNCIA PARA EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

5.1. Para serviços de **Diagnóstico por Imagem**: Serão pagos em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM vigente, com os portes de outubro de 2014** (conforme descrito na tabela abaixo) e **UCO igual a R\$ 16,15** (dezesseis reais e quinze centavos).

5.2. Para Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, em que seja necessário o uso de filme radiológico, será adotada a valoração referenciada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente à época da publicação do presente Instrumento, conforme item 7.3.2.1. do Termo de Referência anexo ao Edital.

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

**UCO = R\$ 16,15**

**TABELA 6 - VALORES DE REFERÊNCIA PARA EXAMES LABORATORIAIS E DE ANATOMOPATOLOGIA**

6.1. Para serviços de **Análises Clínicas, Exames Laboratoriais e Patológicos**: Serão pagos em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM vigente, com os portes de outubro de 2015** (conforme descrito na tabela abaixo) e **UCO** igual a **R\$ 17,74** (dezesete reais e setenta e quatro centavos).

|           |            |            |              |            |              |
|-----------|------------|------------|--------------|------------|--------------|
| <b>1A</b> | R\$ 15,92  | <b>5C</b>  | R\$ 361,07   | <b>10B</b> | R\$ 1.196,60 |
| <b>1B</b> | R\$ 31,84  | <b>6A</b>  | R\$ 393,27   | <b>10C</b> | R\$ 1.328,15 |
| <b>1C</b> | R\$ 47,77  | <b>6B</b>  | R\$ 432,47   | <b>11A</b> | R\$ 1.405,13 |
| <b>2A</b> | R\$ 63,70  | <b>6C</b>  | R\$ 473,04   | <b>11B</b> | R\$ 1.540,89 |
| <b>2B</b> | R\$ 83,97  | <b>7A</b>  | R\$ 510,83   | <b>11C</b> | R\$ 1.690,65 |
| <b>2C</b> | R\$ 99,37  | <b>7B</b>  | R\$ 565,41   | <b>12A</b> | R\$ 1.752,22 |
| <b>3A</b> | R\$ 135,78 | <b>7C</b>  | R\$ 668,97   | <b>12B</b> | R\$ 1.883,78 |
| <b>3B</b> | R\$ 173,50 | <b>8A</b>  | R\$ 722,16   | <b>12C</b> | R\$ 2.307,82 |
| <b>3C</b> | R\$ 198,73 | <b>8B</b>  | R\$ 757,15   | <b>13A</b> | R\$ 2.540,15 |
| <b>4A</b> | R\$ 236,52 | <b>8C</b>  | R\$ 803,33   | <b>13B</b> | R\$ 2.786,47 |
| <b>4B</b> | R\$ 258,92 | <b>9A</b>  | R\$ 853,72   | <b>13C</b> | R\$ 3.081,77 |
| <b>4C</b> | R\$ 292,50 | <b>9B</b>  | R\$ 933,50   | <b>14A</b> | R\$ 3.434,45 |
| <b>5A</b> | R\$ 314,89 | <b>9C</b>  | R\$ 1.028,64 | <b>14B</b> | R\$ 3.736,76 |
| <b>5B</b> | R\$ 340,09 | <b>10A</b> | R\$ 1.104,23 | <b>14C</b> | R\$ 4.121,62 |

**TABELA 7 - VALORES DE REFERÊNCIA PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS**

7.1 Serviços odontológicos de Diagnóstico por Imagem:

| <b>Código TUSS</b> | <b>Procedimento</b>                                     | <b>Valor do Edital R\$</b> |
|--------------------|---|----------------------------|
| 81000308           | 1 Par de Modelos ortodônticos                           | 103,50                     |
| 81000278<br>(x8)   | 8 Fotos (3 extrabucais e 5 intrabucais)                 | 72,00                      |
| 81000375           | Rx Bite-wings   | 90,00                      |
| 81000421           | Rx Incisivo superior e Inferior                         | 58,50                      |
| 81000375<br>(x4)   | Rx Interproximal de molares e pré-molares               | 108,00                     |
| 81000405           | Rx Panorâmico   | 58,50                      |
| 81000480           | Rx Telerradiografia com traçado cefalométrico           | 72,00                      |
| 81000367           | Rx Carpal - Criança até 12 anos                         | 90,00                      |
| 81000510           | Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam | 189,00                     |
| 81000529           | Tomografia convencional – linear ou multi-direcional    | 189,00                     |
| 41001273           | Tomografia de Mandíbula                                 | 189,00                     |
| 41001281           | Tomografia de Maxila                                    | 189,00                     |

7.1.1. Tipos de PACOTES:

| <b>PACOTE</b>                     | <b>VALOR EDITAL (R\$)</b> |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Pacote I: Doc básica impressa     | 155,00                    |
| Pacote II: Doc básica digital     | 140,00                    |
| Pacote III: Doc completa impressa | 195,00                    |
| Pacote IV: Doc completa digital   | 150,00                    |

7.1.2. A composição dos pacotes são descritas abaixo:

| <b>PACOTE I - DOC BÁSICA IMPRESSA</b> |
|---------------------------------------|
| Rx Panorâmico                         |

|   |
|---|
| Rx Telerradiografia com traçado cefalométrico |
| Rx Incisivo superior e Inferior               |
| 8 Fotos - 3 extrabucais e 5 intrabucais,      |
| 1 Par de Modelos ortodônticos                 |
| Pastas e Fichas                               |

|  |
|--|
| <b>PACOTE II- DOC BÁSICA DIGITAL</b>           |
| Rx Panorâmico                                  |
| Rx Telerradiografia com traçado cefalométrico  |
| Rx Incisivo superior e Inferior                |
| 8 Fotos - 3 extrabucais e 5 intrabucais,       |
| 1 Par de Modelos ortodônticos                  |
| Disponibilização das imagens por mídia digital |

|   |
|---|
| <b>PACOTE III- DOC COMPLETA IMPRESSA</b>      |
| Rx Panorâmico                                 |
| Rx Telerradiografia com traçado cefalométrico |
| Rx Incisivo superior e Inferior               |
| Rx Interproximal de molares e pré-molares     |
| Rx Carpal - Criança até 12 anos               |
| Rx Bite-wings                                 |
| 8 Fotos - 3 extrabucais e 5 intrabucais       |
| 1 Par de Modelos ortodônticos                 |
| Pastas e Fichas                               |

|  |
|--|
| <b>PACOTE IV - DOC COMPLETA DIGITAL</b>        |
| Rx Panorâmico                                  |
| Rx Telerradiografia com traçado cefalométrico  |
| Rx Incisivo superior e Inferior                |
| Rx Interproximal de molares e pré-molares      |
| Rx Carpal - Criança até 12 anos                |
| Rx Bite-wings                                  |
| 8 Fotos - 3 extrabucais e 5 intrabucais        |
| 1 Par de Modelos ortodônticos                  |
| Disponibilização das imagens por mídia digital |

7.2. Para Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento Odontológico, em que seja necessário o uso de filme radiológico, será adotada a valoração referenciada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente à época do atendimento (da realização do exame), acrescentado ao valor do exame.

7.3. Os exames odontológicos de imagem solicitados para subsidiar a Junta de Saúde por interesse da Administração deverão, obrigatoriamente, ser fornecidos ao beneficiário em filme radiológico.

7.4. Demais procedimentos odontológicos:

| <b>CÓDIGO TUSS</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                                     | <b>VALOR (R\$)</b> |
|--------------------|---|--------------------|
| 85400084           | Coroa provisória sem pino                               | 63,00              |
| 85400157           | Coroa total metalo cerâmica                             | 378,00             |
| 85400220           | Núcleo metálico fundido                                 | 63,00              |
| 85400246           | Placa miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)      | 216,00             |
| 85400521           | Restauração em cerâmica pura - onlay                    | 441,00             |
| 85500011           | Coroa provisória sobre implante (com ou sem componente) | 81,00              |
| 85500038           | Coroa total metalo cerâmica sobre implante              | 351,00             |
| 85400408           | Prótese total   | 432,00             |
| 85500062           | Guia cirúrgico para implante                            | 108,00             |
| 85400106           | Coroa total em cerâmica pura                            | 441,00             |
| 85400351           | Ponte fixa cerâmica pura (por elemento)                 | 486,00             |
| 86000144           | Arco Dental   | 54,00              |
| 85400246           | Órtese miorrelante (placa oclusal estabilizadora)       | 198,00             |
| 86000462           | Placa de Hawley   | 85,50              |
| 83000097           | Mantenedor de espaço fixo                               | 67,50              |



MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Documento:                    | ANEXO J - Lista referencial de diárias, taxas, parâmetros, materiais, dietas e instruções gerais do Funsa                         |
| Data/Hora de Criação:         | 12/11/2024 12:03:02   |
| Páginas do Documento:         | 25  |
| Páginas Totais (Doc. + Ass.)  | 26  |
| Hash MD5:                     | 60e7c835c1e895f927efaade23101faf  |
| Verificação de Autenticidade: | <a href="https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura">https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura</a> |

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 2º Ten BIANCA SOUZA REIS no dia 21/11/2024 às 14:37:17 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major ALINE COELHO RENDE SCHEER no dia 19/12/2024 às 13:20:38 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Ten Cel Int RITA DE CASSIA PROCHNOW no dia 30/01/2025 às 11:30:16 no horário oficial de Brasília.