

ANEXO K



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

COMANDO MILITAR DO PLANALTO

3ª BRIGADA DE INFANTARIA MECANIZADA

PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Tabela de Pacotes – Valores autorizados conforme Parecer Técnico nº 092 - DRAS/D Sau

Para os procedimentos abaixo estão incluídos materiais, medicamentos, taxas, diárias, gasoterapia, demais custos.

Nr	Serviço/procedimento
1	Acompanhante em enfermaria
2	Apartamento
3	Apartamento duplo (uso opcional, exclusivo psiquiatria)
4	Apartamento para hospital-dia
5	Berçário normal ou alojamento conjunto
6	Berçário patológico (inclui capacete de hood, fototerapia, incubadora)
7	Enfermaria
8	Unidade coronariana
9	Unidade de Terapia intensiva
Nr	Serviço/procedimento
10	Consultas Médicas em consultório
11	Consultas Pediátricas
12	Consulta Neurologista/Psiquiatria
13	Consulta em Pronto socorro (o valor será em 30% nos atendimentos realizados no período das 9h as 07h, nos dias úteis e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados).

14	Visita hospitalar em apartamento
15	Visita hospitalar em enfermaria
16	Consulta multidisciplinar (avaliação inicial)
17	Filme m²
18	UCO
19	EEG com mapeamento cerebral
20	OPME
Nr	Serviço/procedimento
21	Apartamento Simples
22	Enfermaria
23	Berçário normal ou alojamento
Nr	Serviço/procedimento
24	Sala de cirurgia — Porte 0
25	Sala de cirurgia - Porte 1
26	Sala de cirurgia - Porte 2
27	Sala de cirurgia - Porte 3
28	Sala de cirurgia - Porte 4
29	Sala de cirurgia - Porte S
30	Sala de cirurgia - Porte 6
31	Sala de cirurgia - Porte 7
32	Pequenos procedimentos fora do C.C
33	Sala de endoscopia (inclui Colonoscopia, retoscopia e endoscopia digestiva alta ambulatorial)
34	Box por hora não excedendo uma diária em enfermaria
Nr	Serviço/procedimento
35	Cateterismo vesical
36	Curativo ambulatorial (exceto material)
37	Infiltração
38	Imobilização provisória
39	Injeção (exceto material/medicamento)
40	Lavagem (gástrica, intestinal, retal)
41	Nebulização /aerosol (não incluído oxigênio, exclui o código do cap-5)
42	Taxa da sala de curativo de escoriação ou

	Queimado = ou < 3T
43	Taxa da sala de curativo de escoriação ou queimado < 3T
Nr	Serviço/procedimento
44	Desfibrilador fora da UTI e do C.C (por uso)
45	Berço aquecido (dentro e fora do C.C) (por hora)
46	Capacete de Hood (exceto gasoterapia) (por dia)
47	Fototerapia (por hora)
48	Incubadora (por dia)
49	Monitor no quarto (por dia)
50	Oxímetro fora da UTI (por dia)
51	Oxigênio no C.C (por hora)
52	Oxigênio sob cateter (por hora)
53	Oxigênio sob cateter para nebulização (por hora)
54	Artroscópio (por hora)
55	Vídeo artroscópio cirúrgico (por hora)
56	Endoscópio digestivo cirúrgico (por hora)
57	Endoscópio urológico cirúrgico (por hora)
58	Endoscópio respiratório (bronco) (por hora)
59	Vídeo endoscópio diagnóstica (por hora)
60	Hemodinâmica (por hora)
61	Facoemulsificador (por hora)
62	Vídeo laparoscópio cirúrgico (por hora)
63	Laser (otorrino, neuro, oftalmo, urologia) (por hora)
64	Microscópio cirúrgico (por hora)
65	Respirador de volume (fora da sala cirúrgica) (por hora)
66	Vitreográfico (por hora)
67	Estudo urodinâmico (por hora)
68	Aspirador ultrassônico fora da UTI e Centro Cirúrgico (por hora)
69	Monitor cardiológico fora da UTI e centro cirúrgico (por hora)
70	Oxímetro fora da UTI e centro cirúrgico (por hora)
Nr	Serviço/procedimento

71	Oxigênio sobre cateter (hora)
72	Óxido nitroso (hora)
73	Oxigênio no respirador, ventilador (hora)
74	Oxigênio (5 litros/MIN)
75	Nitrogênio (hora)
76	Gás carbônico (10 litro /MIN)
77	Ar comprimido no respirador e ventilador (hora)
Nr	Serviço/procedimento
78	Berçário Normal (incluindo berço aquecido)
79	Berço patológico/prematuro(incluindo capote de hood, fototerapia, incubadora)
Nr	Serviço/procedimento
80	Avaliação (entrevista) inicial (ambulatorial)
81	Sessão individual 50 minutos (em consultório)
Nr	Serviço/procedimento
82	Avaliação (entrevista) inicial (ambulatorial)
83	Sessão individual 50 minutos (em consultório)
Nr	Serviço/procedimento
84	Avaliação (entrevista) inicial (ambulatorial)
Nr	Serviço/procedimento
85	Fisioterapia Pélvica Avaliação (Uroginecológica/Proctológica) — por sessão
86	Fisioterapia Pélvica Sessão (Uroginecológica/Proctológica) — por sessão
Nr	Serviço/procedimento
87	Medida de acuidade visual
88	Tonometria
89	Paquimetria ultrassônica molecular
90	Biometria ultrassônica monocular
91	Mapeamento de retina
92	Microscopia especular de córnea
93	Campimetria manual
94	Exame de motilidade ocular
95	Curva tensional diária - binocular
96	Gonioscopia - binocular

97	Adaptação e treinamentos de recursos ópticos para visão subnormal - binocular
98	Teste de schirmer/rosa bengala
99	Teste de tolerância hídrica
100	Teste cones ishihara
101	Ceratoscopia
102	Campo visual computadorizado (campimetria)
Nr	Serviço/procedimento
103	Avaliação inicial
104	Sessão de fisioterapia
105	Pilates
Nr	Serviço/procedimento
106	Periapical
107	Oclusal
108	Rx postero-anterior—rx ossos da face
109	Rx da atm-(bilateral)
110	Panorâmica
111	Telerradiografia com traçado computadorizaoo
112	Telerradiografia sem traçado computadorizado
113	Modelos ortodônticos (par)
114	Slides (unidades)
115	Fotografia (unidade)
116	Tc-articulação temporomandibulares
117	Tc-dental (dentascan)
118	Tc—face ou seios da face
119	Tc-maxilar
120	Tc-mandíbula
121	Carpal
Nr	Serviço/procedimento
122	Exames laboratoriais