



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
40º BATALHÃO DE INFANTARIA
(GUARDIÃO DO BERÇO DE SAMPAIO)**

PARECER TÉCNICO Nº 004 – DRAS/D SAU, DE 02 DE JANEIRO DE 2024

Assunto: alteração de parâmetros contratuais entre a OM e as OCS, com vigência a partir de 1º JAN 24.

Ord	Contrato atual	Autorização D Sau	
1. HONORÁRIOS			
1.1	TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS	CBHPM 5ª Edição - Outubro 2008, UCO R\$ 14,33 / + 4,8% sobre os Portes	
1.2	PORTES MÉDICOS	1A	R\$ 13,59
		1B	R\$ 27,18
		1C	R\$ 40,76
		2A	R\$ 54,34
		2B	R\$ 73,35
		2C	R\$ 86,94
		3A	R\$ 119,46
		3B	R\$ 152,14
		3C	R\$ 173,88
		4A	R\$ 207,85
		4B	R\$ 228,21
		4C	R\$ 256,75
		5A	R\$ 277,12
		5B	R\$ 298,87
		5C	R\$ 317,88
		6A	R\$ 346,41
		6B	R\$ 380,37

		6C	R\$ 415,70
		7A	R\$ 449,66
		7B	R\$ 497,20
		7C	R\$ 588,22
		8A	R\$ 635,78
		8B	R\$ 665,66
		8C	R\$ 706,43
		9A	R\$ 753,95
		9B	R\$ 821,89
		9C	R\$ 904,76
		10A	R\$ 971,33
		10B	R\$ 1.052,43
		10C	R\$ 1.167,03
		11A	R\$ 1.236,24
		11B	R\$ 1.355,78
		11C	R\$ 1.446,81
		12A	R\$ 1.541,89
		12B	R\$ 1.657,38
		12C	R\$ 2.030,94
		13A	R\$ 2.234,71
		13B	R\$ 2.452,11
		13C	R\$ 2.711,56
		14A	R\$ 3.022,65
		14B	R\$ 3.287,56
		14C	R\$ 3.627,19
2. CONSULTAS			
2.1	ELETIVAS (em consultório)	R\$ 215,00	
2.2	URGÊNCIA (em pronto socorro/emergência)	R\$ 125,00	
3. VISITAS			
3.1	VISITA MÉDICA ENFERMARIA (paciente internado)	R\$ 54,34	

3.2	VISITA MÉDICA APARTAMENTO (paciente internado)	R\$ 105,00
4. MEDICAMENTOS		
4.1	MEDICAMENTOS	Guia Farmacêutico BRASÍNDICE Preço Máximo Consumidor (PMC) Para uso restrito: Preço de Fábrica (PF) com acréscimo de 25%
5. MATERIAIS DESCARTÁVEIS		
5.1	MATERIAIS DESCARTÁVEIS	SIMPRO sem taxa
6. OPME		
6.1	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)	3 cotações de fornecedores (Orçamentos) NF + 15%
7. DIÁRIAS		
7.1	DIÁRIA DE ENFERMARIA	R\$ 252,20
7.2	DIÁRIA DE APARTAMENTO	R\$ 392,09
7.3	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO (Incluso o uso do desfibrilador/cardioversor, nebulizador, monitor cardíaco, oxímetro de pulso e respirador de pressão ou volume - Não cobrar)	R\$ 651,70
7.4	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	R\$ 651,70
7.5	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	R\$ 651,70
7.6	DIÁRIA SEMI-INTENSIVA	R\$ 524,00
7.7	DIÁRIA DE UNIDADE NEONATAL OU BERÇÁRIO DE MÉDIO RISCO	R\$ 600,38
7.8	DIÁRIA DE BERÇÁRIO	R\$ 60,01
8. TAXAS DE SALA		
8.1	TAXA SALA DE RECUPERAÇÃO COM VIGILÂNCIA MÉDICA	R\$ 33,04
8.2	TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PS (ATÉ 6H) Pagar quando o paciente permanecer em observação no setor de emergência por mais de 2h e menos de 6h, por indicação médica.	R\$ 66,10
8.3	TAXA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 6H ÀS 12H	R\$ 66,10
8.4	TAXA DE ALIMENTAÇÃO ACOMPANHANTE APTO	R\$ 41,30
8.5	TAXA DE ALIMENTAÇÃO ACOMPANHANTE ENF	R\$ 29,73
8.6	TS DE GESSO	R\$ 81,05
8.7	TS AMBULATÓRIO (Porte 0)	R\$ 105,89
8.8	TS PORTE I	R\$ 150,42
8.9	TS PORTE II	R\$ 211,59
8.10	TS PORTE III	R\$ 363,68

8.11	TS PORTE IV	R\$ 363,68
8.12	TS PORTE V	R\$ 512,45
8.13	TS PORTE VI	R\$ 631,47
8.14	TS PORTE VII	R\$ 664,53
8.15	TS PORTE VIII e HEMODINÂMICA	R\$ 719,11
8.16	TAXA DE PA	Não remunerar
9. TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS		
9.1	ASPIR IRRIG CONTROLADA (Incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	-
9.2	BISTURI ELÉTRICO (p/uso) (Incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.3	BOMBA DE INFUSÃO (Incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.4	CAPNÓGRAFO (Incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.5	CPAP	R\$ 16,96
9.6	CRANEÓTOMO	R\$ 70,91
9.7	CURATIVO (EXCLUI MATERIAL)	R\$ 19,09
9.8	DESFIBRILADOR p/ aplicação (Incluso na diária de UTI adulto - Não cobrar)	-
9.9	ECO-DOPPLER COMPUTADORIZADO (Incluso no exame)	
9.10	ECOCARDIOGRAFIA COMPUTADORIZADO (Incluso no exame)	
9.11	FIBRA ÓTICA	R\$ 35,64
9.12	FOTOTERAPIA (1 hora)	R\$ 29,73
9.13	FOTOTERAPIA (hora subsequente)	R\$ 5,44
9.14	GAME PROBE	R\$ 488,79
9.15	GARROTE PNEUMÁTICO	R\$ 31,39
9.16	HOLTER CONTÍNUO/DESCONTÍNUO (Incluso no exame)	-
9.17	INCUBADORA S/OXIGÊNIO	-
9.18	INTENSIFICADOR DE IMAGENS	-
9.19	LIPOASPIRADOR	R\$ 72,00
9.20	LITOTRIPSIA	R\$ 661,25
9.21	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 62,88
9.22	MONITORIZAÇÃO PRESSÃO INTRACRANIANA	R\$ 107,37
9.23	MONITOR CARDIO-RESPIRATÓRIO (so, apt e enf)	-

	(Não remunerar em UTI e CC, incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.24	OXÍMETRO NA SO (p/uso) (Não remunerar em UTI e CC, incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.25	RESPIRADOR DE PRESSÃO p/ 24h / excluem gases medicinais (Incluso na diária de UTI adulto - Não cobrar)	
9.26	RESPIRADOR VOLUME p/ 24h / excluem gases medicinais (Incluso na diária de UTI adulto - Não cobrar)	
9.27	TENDA P/ OXIG (p/ dia)	R\$ 29,08
9.28	VÍDEO CIRURGIA: NASAL /ABDOMINAL /ARTICULAR /UTERINA /UROLÓGICA /OTORRINO (inclui material reciclável+insumos+trocater permanente+kit instrumental do vídeo, incluindo capa e fibra ótica)	R\$ 661,25
9.29	VÍDEO DIAGNÓSTICO: ABDOMINAL/ARTICULAR/UTERINA/UROLÓGICA/OTORRINO (inclui material reciclável+insumos)	R\$ 140,13
9.30	CARRO DE ANESTESIA (Incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.31	RESPIRADOR (Incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.32	CARDIOVERSOR (Incluso na taxa de sala de cirurgia - Não cobrar)	
9.33	BERÇO AQUECIDO POR DIA (Incluso na diária de UTI Neonatal - Não cobrar)	-
9.34	INCUBADORA POR DIA (Incluso na diária de UTI Neonatal - Não cobrar)	
9.35	FOTOTERAPIA POR DIA (Incluso na diária de UTI Neonatal - Não cobrar)	
9.36	NEBULIZADOR (Incluso na diária de UTI adulto - Não cobrar)	
10. TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS OFTALMOLÓGICOS		
10.1	RETINÓGRAFO (Incluso no exame)	
10.2	CAMPÍMETRO (Incluso no exame)	
10.3	TOPÓGRAFO (Incluso no exame)	
10.4	OFTALMOSCÓPIO INDIRETO (Incluso no exame)	
10.5	MICROSCÓPIO ESPECULAR (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	-
10.6	TONÔMETRO (Incluso no exame)	
10.7	ECOBÍOMETRO (Incluso no exame)	
10.8	PAQUÍMETRO (Incluso no exame)	
10.9	OCT (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	-
10.10	ULTRASSOM (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	

10.11	PAM (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
10.12	YAG LASER (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
10.13	ELETORRETINÓGRAFO (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
10.14	CRIO PARA CATARATA (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
10.15	CRIO PARA RETINA (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
10.16	LASER (SALA DE CIRURGIA) (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
10.17	VITREÓFAGO (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
10.18	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO (Incluso nos pacotes de oftalmologia)	
11. GASOTERAPIA		
11.1	AR COMPRIMIDO (cada hora)	R\$ 19,09
11.2	ARGÔNIO (cada hora)	R\$ 31,39
11.3	GÁS CARBÔNICO (cada hora)	R\$ 16,96
11.4	NITROGÊNIO (cada hora)	R\$ 11,64
11.5	ÓXIDO NITROSO (cada hora)	R\$ 28,10
11.6	OXIGÊNIO	R\$ 35,71
11.7	PROTÓXIDO DE AZOTO (cada hora)	R\$ 76,71
11.8	NEBULIZAÇÃO COM OXIGÊNIO (cada aplicação)	R\$ 18,85
11.9	NEBULIZAÇÃO SEM OXIGÊNIO (cada aplicação)	R\$ 16,23
11.10	NEBULIZAÇÃO COM AR COMPRIMIDO (cada aplicação)	R\$ 10,43
12. DIETA		
12.1	ENTERAL E PARENTERAL	A dieta parenteral e enteral industrializada, será paga de acordo com o valor de mercado, acrescido da margem de comercialização de 15%. O valor da dieta será definido após a análise do orçamento de 3 (três) fornecedores diferentes, sendo escolhido o de menor valor. (3 orçamentos / NF + 15%)
13. EXAMES DE IMAGEM		
13.1	FILME RADIOLÓGICO	R\$ 35,00
13.2	40901122 - US - ABDOME TOTAL (abdome superior, rins, bexiga, aorta, veia cava inferior e adrenais)	R\$ 191,13
13.3	40901114 - US - MAMAS	R\$ 114,67
13.4	40901300 - US – TRANSVAGINAL (útero, ovário, anexos e vagina)	R\$ 121,05
13.5	40901238 - US - OBSTÉTRICA	R\$ 114,67

13.6	40901769 - US - APARELHO URINÁRIO (rins, ureteres e bexiga)	R\$ 165,64
13.7	40901203 - US - ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (tireóide ou escroto ou pênis ou crânio)	R\$ 108,30
13.8	40901220 - US - ARTICULAR (por articulação)	R\$ 114,67
13.9	40901181 - US - ABDOME INFERIOR FEMININO (bexiga, útero, ovário e anexos)	R\$ 140,15
13.10	40901750 - US - PRÓSTATA (via abdominal)	R\$ 121,05
13.11	40901211 - US - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (cervical ou axilas ou músculo ou tendão)	R\$ 108,30
13.12	41001010 - TC - CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 305,80
13.13	41001079 - TC - TÓRAX	R\$ 305,80
13.14	41001109 - TC - ABDOME SUPERIOR	R\$ 318,55
13.15	41001095 - TC - ABDOME TOTAL (abdome superior, pelve e retroperitônio)	R\$ 445,97
13.16	41001036 - TC - FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 254,85
13.17	41001125 - TC - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (até 3 segmentos)	R\$ 254,85
13.18	41001141 - TC - ARTICULAÇÃO (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemoral ou joelho ou tornozelo) - UNILATERAL	R\$ 254,85
13.19	41001060 - TC – PESCOÇO (partes moles, laringe, tireóide, faringe e glândulas salivares)	R\$ 356,77
13.20	41001028 - TC - MASTÓIDES OU ORELHAS	R\$ 318,55
13.21	41001036 - TC - FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 254,85
13.22	41002040 - TC - PUNÇÃO PARA INTRODUÇÃO DE CONTRASTE (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE) + 41001362 - TC - VIAS URINÁRIAS (urotomografia)	R\$ 382,02
13.23	41002040 - TC - PUNÇÃO PARA INTRODUÇÃO DE CONTRASTE (acrescentar o exame de base) + 41001010 - TC - CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 318,55
13.24	41002040 - TC - PUNÇÃO PARA INTRODUÇÃO DE CONTRASTE (acrescentar o exame de base) + 41001117 - TC - PELVE OU BACIA	R\$ 318,55
13.25	40103170 - EEG DE ROTINA	R\$ 101,94
13.26	40101010 - ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVAÇÕES	R\$ 38,22
13.27	20102020 - MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO	R\$ 199,27

	ARTERIAL - MAPA (24 Horas)	
13.28	20102020 - HOLTER DE 24 HORAS - 3 CANAIS - DIGITAL	R\$ 214,03
13.29	40105075 - PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (ou espirometria)	R\$ 121,05
13.30	40101037 - TESTE ERGOMÉTRICO COMPUTADORIZADO (inclui ECG basal convencional)	R\$ 221,41
13.31	40901106 - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	R\$ 203,86
13.32	40103048 - AUDIOMETRIA (tipo von bekesy)	R\$ 63,71
13.33	RISCO CIRÚRGICO	R\$ 203,86
13.34	40201120 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E TESTE DE UREASE	R\$ 472,31
13.35	40201082 - COLONOSCOPIA	R\$ 509,69
13.36	40201244 - LARINGOSCOPIA	R\$ 184,74
14. FISIOTERAPIA EM GERAL		
14.1	500251039 - SESSÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA – AMBULATORIAL	R\$ 53,13
14.2	500251021 - SESSÃO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA - AMBULATORIAL	R\$ 53,13
14.3	500251076 - SESSÃO DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR (motora) EM PACIENTES INTERNADOS	R\$ 16,59
14.4	500251076 - SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR (motora)	R\$ 60,54
14.5	500251078 - SESSÃO DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR (respiratória) EM PACIENTES INTERNADOS	R\$ 16,59
14.6	500251078 - SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR (respiratória)	R\$ 60,54
14.7	500251033 - DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL - AMBULATORIAL	R\$ 56,84
14.8	500251060 - SESSÃO DE PILATES - AMBULATORIAL	R\$ 61,78
14.9	500251058 - SESSÃO DE RPG – AMBULATORIAL	R\$ 53,13
14.10	31601014 – ACUPUNTURA – SESSÃO (incluso o material)	R\$ 69,99
14.1.1 FISIOTERAPIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
14.1.2	SESSÃO DE FISIOTERAPIA AMBULATORIAL	R\$ 62,86

14.1.3	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR (Motora e respiratória)	R\$ 85,72
14.1.4	SESSÃO DE HIDROTERAPIA	R\$ 62,86
14.1.5	SESSÃO DE RPG	R\$ 62,86
14.1.6	EQUOTERAPIA (Sessão)	R\$ 136,24
14.1.7	THERA SUIT (Avaliação)	R\$ 136,24
14.1.8	THERA SUIT (Sessão)	R\$ 125,76

Obs: Pacientes com Necessidades Especiais, diz respeito a pacientes com deficiências ou incapacidades que limita ou impede o cumprimento de uma atividade normal para aquele indivíduo. Inclui os Neurológicos e Autistas.

15. FONOAUDIOLOGIA

15.1	40312184 - CONSULTA / ANAMNESE / AVALIAÇÃO INICIAL DO TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO OU DOMICILIAR.	R\$ 55,76
15.2	40312183 - SESSÃO DE FONOTERAPIA AMBULATORIAL	R\$ 57,23
15.3	40312184 - SESSÃO DE FONOTERAPIA DOMICILIAR	R\$ 63,54

15.1.1 FONOAUDIOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

15.1.2	CONSULTA / ANAMNESE / AVALIAÇÃO AMBULATORIAL	R\$ 136,24
15.1.3	SESSÃO INDIVIDUAL, ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL AMBULATORIAL COM ABORDAGEM E METODOLOGIAS COMO ABAS, PECS E INTEGRAÇÃO SENSORIAL	R\$ 125,76
15.1.4	SESSÃO EM GRUPO	R\$ 91,43
15.1.5	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 136,24

Obs: Pacientes com Necessidades Especiais, diz respeito a pacientes com deficiências ou incapacidades que limita ou impede o cumprimento de uma atividade normal para aquele indivíduo. Inclui os Neurológicos e Autistas.

16. PSICOLOGIA

16.1	10101205 – CONSULTA / ANAMNESE / AVALIAÇÃO INICIAL DO TRATAMENTO	R\$ 55,76
16.2	20104309 - SESSÃO DE PSICOLOGIA-AMBULATORIAL	R\$ 55,76
16.3	10101020 - SESSÃO DE PSICOLOGIA DOMICILIAR	R\$ 63,64
16.4	20104227 - PSICOTERAPIA INDIVIDUAL E INFANTIL / AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA POR SESSÃO	R\$ 65,00
16.5	20104197 - PSICOTERAPIA DE CASAL	R\$ 55,76

16.6	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	R\$ 55,76
16.1.1 PSICOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
16.1.2	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESCOLAR E APRENDIZAGEM	R\$ 91,43
16.1.3	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, PSICOPEDAGÓGICA E PSICOMOTRICIDADE	R\$ 136,24
16.1.4	AVALIAÇÃO DE NÍVEL INTELECTUAL	R\$102,86
16.1.5	PSICOMOTRICIDADE GRUPO	R\$ 80,00
16.1.6	SESSÃO PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, PSICOPEDAGOGIA E PSICOMOTRICIDADE	R\$ 125,72
16.1.7	PSICOTERAPIA FAMILIAR	R\$ 91,43
16.1.8	TERAPIA ABA (Avaliação)	R\$ 136,24
16.1.9	TERAPIA ABA (Sessão)	R\$ 125,76
Obs: Pacientes com Necessidades Especiais, diz respeito a pacientes com deficiências ou incapacidades que limita ou impede o cumprimento de uma atividade normal para aquele indivíduo. Inclui os Neurológicos e Autistas.		
17. TERAPIA OCUPACIONAL		
17.1	10101193 - CONSULTA/ANAMNESE/AVALIAÇÃO INICIAL DO TRATAMENTO	R\$ 55,76
17.2	SESSÃO INDIVIDUAL AMBULATORIAL	R\$ 55,76
17.3	SESSÃO INDIVIDUAL DOMICILIAR	R\$ 65,21
17.1.1 TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
17.1.2	AVALIAÇÃO	R\$ 136,24
17.1.3	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL AMBULATORIAL COM ABORDAGEM DE TERAPIA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL	R\$ 125,76
17.1.4	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL DOMICILIAR	R\$ 136,24
17.1.5	ATENDIMENTO EM GRUPO	R\$ 91,43
Obs: Pacientes com Necessidades Especiais, diz respeito a pacientes com deficiências ou incapacidades que limita ou impede o cumprimento de uma atividade normal para aquele indivíduo. Inclui os Neurológicos e Autistas.		
18. NUTRIÇÃO		
18.1	10101300 – CONSULTA / AVALIAÇÃO	R\$ 63,54
19. PACOTES DE PSICOLOGIA		
19.1	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA/ POR SESSÃO	R\$ 92,11
19.2	AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA/ POR SESSÃO	R\$ 92,11

20. PACOTES DE PSIQUIATRIA		
20.1	DIÁRIA INTEGRAL GLOBAL (hotelaria, medicamentos, honorários de equipe terapêutica: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social)	R\$ 198,34
20.2	OBS: PARA O PACIENTE DE LICENÇA TERAPÊUTICA	R\$ 148,50
20.3	HOSPITAL DIA (hotelaria, medicamentos, honorários de equipe terapêutica: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social)	R\$ 148,78
21. PACOTES DE OFTALMOLOGIA		
21.1	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA MONOCULAR	R\$ 258,31
21.2	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA BINOCULAR	R\$ 300,00
21.3	ELETRO-RETINOGRAMA MONOCULAR	R\$ 255,00
21.4	ELETRO-RETINOGRAMA BINOCULAR	R\$ 320,00
21.5	APLICAÇÃO DE AVASTIM – BEVACIZUMABE (por sessão)	R\$ 2.815,25
21.6	INJEÇÃO INTRA-VÍTREA DE TRIANCINOLONA	R\$ 2.241,98
21.7	CIRURGIA REFRACTIVA (laser allegretto)	R\$ 1.665,83
21.8	LUCETIS	R\$ 5.640,43
21.9	PENTACAN (monocular)	R\$ 554,54
21.10	OCULYZER PENTACAN (monocular)	R\$ 633,75
21.11	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (monocular)	R\$ 95,80
21.12	RETINOGRAMA IMAGENET (monocular)	R\$ 235,16
21.13	PAQUIMETRIA (monocular)	R\$ 69,67
21.14	LASER	R\$ 301,36
21.15	IRIDECTOMIA - LASER (monocular)	R\$ 301,36
21.16	FOTOCOAGULAÇÃO - LASER (monocular)	R\$ 301,36
21.17	FOTOTROBECULOPLASTIA – LASER (monocular)	R\$ 301,36
21.18	CERATOSCOPIA/TOPÓGRAFO (monocular)	R\$ 73,05
21.19	MAPEAMENTO DE RETINA (binocular)	R\$ 42,57
21.20	MICROSCOPIA ESPECULAR (binocular)	R\$ 90,56
21.21	YAG LASER / CAPSULOTOMIA (monocular)	R\$ 300,65
21.22	RETINOGRAMA FLUORESCENTE (monocular)	R\$ 320,70
21.23	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTES (binocular)	R\$ 43,86

21.24	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA / ECOBIOMETRIA (monocular)	R\$ 87,06
21.25	ULTRA-SONOGRAFIA DIAGNÓSTICA / ECOGRAFIA (monocular)	R\$ 87,06
21.26	PAM – ACUIDADE VISUAL C/ LASER	R\$ 38,80
21.27	GONIOSCOPIA (binocular)	R\$ 38,31
21.28	CURVA TENSIONAL PASCAL (binocular)	R\$ 76,64
21.29	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR	R\$ 27,94
21.30	TONOMETRIA (binocular)	R\$ 26,12
21.31	VISÃO SUB-NORMAL (monocular)	R\$ 53,19
21.32	FUNDOSCOPIA SOB MIDRIÁSE	R\$ 69,67
21.33	EXERCÍCIOS DE ORTÓPTICA	R\$ 69,67
21.34	CURATIVOS EXTREMIDADES (monocular)	R\$ 26,12
21.35	CIRURGIA REFRACTIVA	R\$ 1.815,76
21.36	FOTOCOAGULAÇÃO LASER (scanner)	R\$ 3.153,15
21.37	DACRIOCISTECTOMIA	R\$1.112,23
21.38	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 1.192,32
21.39	FECHAMENTO DOS PONTOS LACRIMAIS	R\$ 498,29
21.40	SONDAGEM DO CANAL LACRIMAL	R\$ 1.436,68
21.41	RECONSTITUIÇÃO DOS CANALÍCULOS	R\$ 1.487,11
21.42	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS	R\$ 907,57
21.43	RECONSTITUIÇÃO DOS PONTOS LACRIMAIS	R\$ 1.482,98
21.44	CALÁZIO	R\$ 438,98
21.45	ENTRÓPIO	R\$ 1.019,06
21.46	ECTRÓPIO	R\$ 1.019,06
21.47	PTOSE	R\$ 1.034,75
21.48	TARSORRAFIA	R\$ 718,68
21.49	TRIQUÍASE	R\$ 855,58
21.50	SIMBLÉFARO	R\$ 1.026,67
21.51	TUMOR EXÉRESE (pálpebra)	R\$ 541,87
21.52	XANTELASMA	R\$ 741,50
21.53	ABCESSO	R\$ 754,36
21.54	BLEFARORRAFIA	R\$ 1.568,54

21.55	COLOBOMA	R\$ 1.639,83
21.56	EPILAÇÃO	R\$ 698,97
21.57	EPICANTO	R\$ 784,29
21.58	SUTURA (pálpebra)	R\$ 926,87
21.59	EXÉRESE TUMOR DE PÁLPEBRA	R\$ 641,67
21.60	SUTURA (esclera)	R\$ 969,64
21.61	CIRURGIAS ANTI-GLAUCOMATOSAS	R\$ 1.411,04
21.62	GLAUCOMA + FACECTOMIA SEM LIO	R\$ 2.069,51
21.63	GLAUCOMA + FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	R\$ 2.903,58
21.64	GLAUCOMA + CICLOFOTOCOAGULAÇÃO	R\$ 2.460,76
21.65	CRIOTERAPIA	R\$ 516,42
21.66	ESTRABISMO (músculos)	R\$ 1.112,22
21.67	ESTRABISMO + ANESTESIA GERAL (músculos)	R\$ 2.737,82
21.68	PTERÍGIO	R\$ 509,53
21.69	INFILTRAÇÃO SUB CONJUNTIVAL	R\$ 463,43
21.70	SUTURA (conjuntiva)	R\$ 701,56
21.71	EXÉRESE DE TUMOR (conjuntiva)	R\$ 489,13
21.72	RECONSTITUIÇÃO DE CAVIDADE (conjuntiva)	R\$ 1.144,48
21.73	CORPO ESTRANHO – RETIRADA (córnea)	R\$ 705,51
21.74	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (córnea)	R\$ 940,68
21.75	SUTURA COM OU SEM HÉRNIA DE ÍRIS	R\$ 1.249,52
21.76	CORPO ESTRANHO – RETIRADA (câmara anterior)	R\$ 2.281,53
21.77	REMOÇÃO DE HÍFEMA (câmara anterior)	R\$ 1.853,73
21.78	TESTE DE SHIMER (incluso fluorcisreína bastão)	R\$ 304,29
22. PACOTES DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
22.1	CERÚMEN REMOÇÃO	R\$ 28,39
22.2	ASPIRAÇÃO AURICULAR	R\$ 311,13
22.3	EPISTAXE CAUTERIZAÇÃO	R\$ 703,35
22.4	AUDIOMETRIA TONAL	R\$ 88,91
22.5	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA – COMPUTADORIZADA	R\$ 184,67
22.6	VÍDEO-ENDOSCOPIA DO ESFÍNCTER VEIO-PALATINO COM ÓTICA	R\$ 302,29

	FLEXÍVEL	
22.7	VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL	R\$ 332,10
22.8	VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA RÍGIDA	R\$ 216,80
22.9	VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL	R\$ 376,77
22.10	VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO RÍGIDO	R\$ 722,20
23. PACOTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
23.1	PARTO CESÁREA (apto 2 diárias)	R\$ 5.284,00
23.2	PARTO CESÁREA (enf 2 diárias)	R\$ 4.467,50
23.3	PARTO NORMAL (apto 1 diária)	R\$ 2.395,00
23.4	PARTO NORMAL (enf 1 diária)	R\$ 1.815,76
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
24. DIAGNÓSTICO / EXAME CLÍNICO		
500041026	CONSULTA INICIAL: Exame Clínico e Plano de Tratamento	R\$ 100,46
10101039	CONSULTA (EM PRONTO SOCORRO)	R\$ 60,34
500031018	URGÊNCIA NOTURNA: sábado, domingo ou feriados	R\$ 168,48
50004014	URGÊNCIA ENDO-PULPECT (INDEP DA SEQ DO TRATAMENTO)	R\$ 205,74
500031015	CIMENTAÇÃO DE PROVISÓRIO	R\$ 90,11
500041019	PULPECTOMIA (em emergência)	R\$ 225,29
30207231	REDUÇÃO DE LUXUÇÃO DA ATM	R\$ 200,00
-	CONTROLE DE HEMORRAGIA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 200,00
-	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO	R\$ 90,00
5010118	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 140,00
-	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA-ORAL (INCLUI INSTALAÇÃO DE DRENO E RETORNO)	R\$ 200,00
-	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA-ORAL (INCLUI INSTALAÇÃO DE DRENO E RETORNO)	R\$ 260,00
-	REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO	R\$ 380,00
-	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	R\$ 160,00
25. PREVENÇÃO		
50001001	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (quatro hemiarçadas)	R\$ 93,15
500031002	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (excluindo profilaxia)	R\$ 53,17

26. DENTÍSTICA		
50003001	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE	R\$ 85,99
50003002	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES	R\$ 108,05
50003003	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES	R\$ 126,85
50003004	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES	R\$ 155,38
50003006	REST RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL- CLAS I,V OU VI	R\$ 103,79
50003007	REST RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLAS III	R\$ 123,44
900220021	RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	R\$ 92,96
50003008	REST RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLAS II OU IV	R\$ 155,29
50003010	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM IONÔMERO DE VIDRO	R\$ 104,19
50003011	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R\$ 132,04
50003014	RETENTOR INTRARRADICULAR (Incisivo/Canino)	R\$ 279,97
	RETENTOR INTRARRADICULAR (Pré-molar)	R\$ 335,36
	RETENTOR INTRARRADICULAR (Molar)	R\$ 398,24
50004009	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO (excluindo restauração final)	R\$ 78,62
50004011	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	R\$ 44,93
900250006	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (por sessão)	R\$ 60,08
50003013	AJUSTE OCLUSAL (por sessão)	R\$ 105,24
ENDODONTIA		
50004001	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE INCISIVO / CANINO	R\$ 363,68
50004002	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE PRÉ-MOLAR	R\$ 436,40
50004003	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR	R\$ 727,32
50004004	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE INCISIVO/CANINO	R\$ 418,21
50004005	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE PRÉ-MOLAR	R\$ 509,14
50004006	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR	R\$ 818,25
50004007	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	R\$ 83,06
27. PERIODONTIA		
900250008	RASPAGEM SUPRA GENGIVAL	R\$ 223,99
50005001	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO PERIODONTITE LEVE (por arcada)	R\$ 110,11

	BAIXO RISCO	
50005012	GENGIVECTOMIA (POR SEGMENTO)	R\$ 92,96
900240023	AUMENTO DE COROA CLÍNICA POR ELEMENTO	R\$ 236,89
50005002	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO PERIODONTITE MODERADA (por arcada) MÉDIO RISCO	R\$ 128,08
50005003	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO PERIODONTITE GRAVE (por arcada) ALTO RISCO	R\$ 148,71
50005004	TRATAMENTO DE PROCESSO AGUDO (por sessão)	R\$ 131,48
50005005	CONTROLE DE PLACA BACTERIANA (por sessão)	R\$ 52,76
500051003	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA (com flúor – 2 arcadas)	R\$ 66,91
500051003	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA (laser – por dente ou espaço de 1cm)	R\$ 66,91
50005007	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA COM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (3 dentes)	R\$ 182,63
50005008	AJUSTE OCLUSAL (por sessão)	R\$ 105,24
50005009	REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO	R\$ 102,69
50005012	GENGIVOPLASTIA (por arcada)	R\$ 229,54
50005012	GENGIVECTOMIA (por sextante)	R\$ 82,29
50005015	CUNHA DISTAL (por elemento)	R\$ 227,58
50007017	FRENECTOMIA OU BRIDECTOMIA	R\$ 235,86
3240	MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO	R\$ 105,27
28. CIRURGIA		
3210	ODONTO-SECÇÃO (por elemento)	R\$ 234,23
3220	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA (por raiz)	R\$ 293,49
50005013	CIRURGIA RETALHO (por segmento)	R\$ 245,60
50007002	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 191,55
900210004	EXODONTIA RAIZ RESIDUAL	R\$ 147,49
900210106	EXODONTIA (por elemento)	R\$ 155,80
-	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO	R\$ 320,00

50101031	EXCISÃO DE RÂNULA	R\$ 250,00
50007004	ALVEOLOPLASTIA (por segmento)	R\$ 173,86
50007006	BIÓPSIA	R\$ 205,20
50007007	SULCOPLASTIA (por elemento)	R\$ 191,85
50007008	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	R\$ 227,02
50007009	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL	R\$ 212,61
50007010	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL	R\$ 321,66
50007011	APICETOMIA DE CANINOS OU INCISIVOS	R\$ 289,91
50007013	APICETOMIA DE PRÉ-MOLARES	R\$ 343,68
50007015	APICETOMIA DE MOLARES	R\$ 397,60
50007018	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS	R\$ 361,56
50007019	CIRURGIA DE TUMORES INTRA-ÓSSEOS	R\$ 336,94
50007020	TRATAMENTO DE LESÃO CÍSTICA (enucleação)	R\$ 343,84
50007021	TRATAMENTO DE LESÃO CÍSTICA (marzupialização e enucleação final)	R\$ 464,43
50007023	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA BUCO-SINUSAL / BUCO-NASAL COM RETALHO	R\$ 307,89
50007029	RETIRADA DE CÁLCULO SALIVAR	R\$ 281,73
50007030	EXCISÃO DE MUCOCELE DE DESENVOLVIMENTO	R\$ 224,63
50007031	DRENAGEM DE ABCESSO	R\$ 121,22
50007043	SUTURAS SIMPLES DA FACE	R\$ 120,24
50007044	SUTURAS MÚLTIPLAS DE FACE	R\$ 182,74
50007066	FRATURAS ALVÉOLO-DENTÁRIAS - REDUÇÃO INCRUENTA	R\$ 140,38
50007067	REIMPLANTE DE DENTE (por elemento)	R\$ 192,35
29. ORTODONTIA		
50008027	APARELHO DE THUROW	R\$ 170,81
50008005	APARELHO EXTRA-BUCAL	R\$ 140,42
50008001	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO (metálico) – 1 ARCADA	R\$ 268,25

50008023	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇA DE BIONATOR INVERTIDA	R\$ 291,48
50008024	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇA DE ESCHALER	R\$ 291,48
50008006	ARCO LINGUAL	R\$ 179,70
50008008	BARRA TRANSPALATINA FIXA	R\$ 202,17
50008009	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	R\$ 179,70
50008021	BIMLER	R\$ 308,70
50008025	BIONATOR DE BALTERS	R\$ 291,48
50008007	BOTÃO DE NANCE	R\$ 202,17
50008037	CONFECÇÃO E CIMENTAÇÃO DE BANDA ORTODÔNTICA E SOLDAGEM DE TUBO	R\$ 42,13
50008036	CONTENÇÃO LINGUAL (contenção inferior)	R\$ 188,64
50008018	DISJUNTOR PALATINO TIPO HAS, HYRAX	R\$ 381,87
50008019	DISJUNTOR PALATINO TIPO MCNAMARA, FALTIN	R\$ 381,87
50008014	DISTALIZADOR DE MOLAR, TIPO JONES JIG	R\$ 179,70
50008020	FRANKEL	R\$ 308,70
50008011	GRADE PALATINA FIXA	R\$ 292,01
50008030	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	R\$ 224,63
50008015	HERBST ENCAPSULADO	R\$ 291,48
50008035	MANTENEDOR DE ESPAÇO BANDA ALÇA	R\$ 111,32
50008034	MANTENEDOR DE ESPAÇO EM ACRÍLICO	R\$ 132,49
50008003	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO (incluso até 2 braquetes)	R\$ 168,48
50008033	MANUTENÇÃO DE APARELHO REMOVÍVEL (controle mensal)	R\$ 76,54
50008016	MÁSCARA FACIAL - DELAIRE, TRAÇÃO REVERSA (sem disjuntor)	R\$ 291,48
50008017	MENTONEIRA	R\$ 92,24
50008013	PENDEX DE HILGERS COM MOLA DE TMA	R\$ 198,74
50008012	PENDULUM DE HILGERS COM MOLA DE TMA	R\$ 198,00
50008028	PLACA DE HAWLEY (contenção superior)	R\$ 147,50
50008029	PLACA DE HAWLEY COM TORNO EXPANSOR	R\$ 140,42
50008026	PLACA DUPLA DE SANDERS	R\$ 291,48

50008004	PLACA LÁBIO-ATIVA	R\$ 202,17
50008032	PLACA MIORRELAXANTE EM ACRÍLICO	R\$ 291,48
50008022	PLANAS	R\$ 309,50
50008031	PLANEJAMENTO EM ORTODONTIA	R\$ 202,17
500081014	RECIMENTAÇÃO DE ANEL SOLTO	R\$ 37,02
50008101	RECOLAGEM DE BRAQUETE (unidade)	R\$ 20,87
500081016	REMOÇÃO DE APARELHO FIXO COM MOLDAGEM	R\$ 153,06
50002014	MANTENEDOR DE ESPAÇO	R\$ 188,07
50002015	PLACA DE MORDIDA	R\$ 224,63
50002016	PLANO INCLINADO	R\$ 289,21
30. ODONTOPEDIATRIA		
900280005	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR - POR ARCADA (Profilaxia + ATF)	R\$ 120,15
50002006	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL C/ I.V. (por hemiarcada)	R\$ 108,27
50002007	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM IRM (por hemiarcada)	R\$ 108,02
50002004	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO - 1 SESSÃO (4 hemiarcadas)	R\$ 53,81
50002002	APLICAÇÃO DE SELANTE (por elemento)	R\$ 58,77
50002001	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR-VERNIZ (4 hemiarcadas)	R\$ 38,74
50002017	CONDICIONAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA (por sessão, máximo 2)	R\$ 77,47
50002010	COROA DE AÇO	R\$ 89,66
50002013	EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS	R\$ 90,19
50002011	PULPOTOMIA	R\$ 105,98
50002005	REMINERALIZAÇÃO - FLÚORTERAPIA (quatro sessões)	R\$ 117,92
50002008	RESTAURAÇÃO DE IONÔMERO DE VIDRO (1 face)	R\$ 96,94
50002012	TRATAMENTO ENDO DECÍDUOS (pulpectomia)	R\$ 94,72
50002019	ULECTOMIA	R\$ 128,28
50002018	ULOTOMIA	R\$ 89,86
50002020	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA	R\$ 75,81

31. RADIOLOGIA		
900220055	RADIOGRAFIA-PROXIMAL BITE-WING	R\$ 24,15
900300002	RADIOGRAFIA-PERIAPICAL	R\$ 24,15
900310032	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 60,08
50011002	INTERPROXIMAL (bite-wing)	R\$ 24,15
50011003	OCLUSAL	R\$ 23,05
500071014	RX PERIAPICAL	R\$ 20,56
32. PACOTE ORTODÔNTICO		
50011010	MODELOS ORTODÔNTICOS (par)	R\$ 52,47
50011006	1 RX PANORÂMICA	R\$ 49,12
50011007	1 TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO	R\$ 44,83
50011010	1 PAR DE GESSO ZOCALADO	R\$ 44,83
50011012	8 FOTOGRAFIAS	R\$ 41,98
50011001	PERIAPICAL (uma série são 14 raios X)	R\$ 24,15
50011006	PANORÂMICA / PANORÂMICA PARA IMPLANTE	R\$ 70,95
50011005	RX DA ATM SÉRIE COMPLETA (três incidências) / PANORÂMICA DAS ATM (boca aberta e fechada)	R\$ 84,77
50011009	RX DA MÃO (carpal)	R\$ 62,80
50011004	RX POSTERO-ANTERIOR	R\$ 57,11
50011011	SLIDES (unidade)	R\$ 57,11
50011007	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	R\$ 10,33
50011008	TELERRADIOGRAFIA SEM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	R\$ 83,44
50011012	FOTOGRAFIA (unidade)	R\$ 70,70
33. SERVIÇOS LABORATORIAIS EM ANÁLISES CLÍNICAS		
33.1	SERVIÇOS LABORATORIAIS EM ANÁLISES CLÍNICAS	TH/AMB 92 (CH) R\$ 0,48
34. COVID-19		
34.1	COVID-19 RT-PCR	R\$ 273,75
34.2	COVID-19 teste rápido IgG/IgM	R\$ 239,50
34.3	COVID-19 POCT-PCR	R\$ 225,00

34.4	COLETA DOMICILIAR OU HOSPITALAR	R\$ 20,00
35. HOME CARE		
35.1	<p>DIÁRIA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE BAIXA COMPLEXIDADE (6h)</p> <p>Contempla: 1 (uma) visita médica e 1 (uma) visita de enfermagem mensal; 1 (uma) visita nutricional mensal; 3 (três) sessões de Fisioterapia e 3 (três) sessões de fonoterapia semanais; Psicólogo quinzenal e técnico de enfermagem 6h por dia.</p>	<p>R\$ 237,10 R\$ 7.350,10 Mensal (31 diarias)</p>
35.2	<p>DIÁRIA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE (12h)</p> <p>Contempla: 1 (uma) visita médica e 1 (uma) visita de enfermagem quinzenais; 1 (uma) visita nutricional mensal; 5 (cinco) sessões de Fisioterapia e 3 (três) sessões de fonoterapia semanais; Psicólogo semanal e técnico de enfermagem 12h por dia.</p>	<p>R\$ 398,35 R\$ 12.348,85 Mensal (31 diarias)</p>
35.3	<p>INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE (24h) - PACOTE</p> <p>INCLUSO NO PACOTE</p> <p><u>a) Corpo Clínico</u> - Médico Clínico Geral: 2x por mês - Enfermeiro: 1x por semana - Técnico em enfermagem: 24h/dia - Nutricionista: 2x por mês - Fisioterapeuta: 4x por semana - Psicólogo: 1x por mês - Fonoaudiólogo: 4x por semana</p> <p><u>b) Equipamentos de proteção individual</u> Máscara, luva de procedimento não estéril, touca, bata descartável, álcool gel 70% (3 litros);</p> <p><u>c) Material de curativo</u> Luva estéril, atadura, soro fisiológico, esparadrapo, micropore, gases, Adapt (Stoma Powder), Cavilon 28ml, creme de barreira 60ml, curativos especiais para úlceras graus I, II e III;</p> <p><u>d) Material de punção venosa</u> Seringa 20ml, seringa 10ml, seringa 50ml, Jelco 22 e 24, álcool líquido 70% (3 litros), algodão;</p> <p><u>e) Taxa de coleta de exames em domicílio;</u></p>	<p>R\$ 604,59 R\$ 18.742,29 Mensal (31 diarias)</p>

	<p><u>f) Material de higiene</u> Sabonete líquido, fraldas, creme para assadura, Wypall x60 (pano para limpeza descartável), algodão, lençol descartável;</p> <p><u>g) Medicamentos</u> Tecnomet 2,5mg, Prelone 3mg/ml, Ácido Fólico 5mg, Donaren 50mg, Lactoluna 10ml, Bactrim F, Tramal, Prolia, Soro glicosado e Soro Ringer Lactado;</p> <p><u>h) Dieta</u> Dieta Enteral (atende 31 dias + insumos);</p> <p><u>i) Material de procedimento</u> Sonda de alívio (+ insumos) para 4 substituições, sonda de demora (+ insumos) para 4 substituições, sonda nasoenteral (+ Raio-X);</p> <p><u>j) Equipamentos básicos</u> Cama hospitalar, bomba de infusão, cadeira de higiene, cadeira de rodas, colchão pneumático, oxímetro de pulso, oxigênio até 5l (concentrador), aspirador para secreção, bomba aerosol, comadre, andador e glicômetro (completo).</p>	
35.4	<p>DIÁRIA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE ALTA COMPLEXIDADE (24h)</p> <p>Contempla: 1 (uma) visita médica e 1 (uma) visita de enfermagem semanais; 1 (uma) visita nutricional mensal; 7 (sete) sessões de Fisioterapia e 3 (três) sessões de fonoterapia semanais; Psicólogo semanal e técnico de enfermagem 24h por dia.</p>	R\$ 12.667,23
35.5	TRANSPORTE DE PACIENTE BAIXA COMPLEXIDADE (somente ida)	R\$ 181,91
35.6	TRANSPORTE DE PACIENTE BAIXA COMPLEXIDADE (ida e volta)	R\$ 240,90
35.7	TRANSPORTE DE PACIENTE MÉDIA COMPLEXIDADE (somente ida)	R\$ 262,00
35.8	TRANSPORTE DE PACIENTE MÉDIA COMPLEXIDADE (ida e volta)	R\$ 314,40
35.9	TRANSPORTE DE PACIENTE ALTA COMPLEXIDADE (somente ida)	Não eletiva
35.10	TRANSPORTE DE PACIENTE ALTA COMPLEXIDADE (somente ida)	
35.11	FISIOTERAPEUTA (sessão extra)	R\$ 50,00
35.12	FONOAUDIÓLOGO (sessão extra)	R\$ 50,00
35.13	NUTRICIONISTA (avaliação extra)	R\$ 50,00
35.14	AValiação Médica (extra)	R\$ 200,00
35.15	AValiação Médica Especializada	R\$ 360,00
35.16	AValiação de Enfermeiro (extra)	R\$ 150,00

35.17	VISITA DOMICILIAR MÉDICO (Não será pago para pacientes internados, exceto visita médica de urgência/emergência comprovada)	R\$ 200,00
35.18	VISITA ASSISTENTE SOCIAL	R\$ 50,00
35.19	PSICOLOGIA DOMICILIAR - SESSÃO (Não será pago para pacientes internados, exceto comprovada necessidade de sessões adicionais condicionadas a autorização prévia)	R\$ 60,00
35.20	FISIOTERAPIA DOMICILIAR - SESSÃO (Não será pago para pacientes internados, exceto comprovada necessidade de sessões adicionais condicionadas a autorização prévia)	R\$ 50,00
35.21	FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR - SESSÃO (Não será pago para pacientes internados, exceto comprovada necessidade de sessões adicionais condicionadas a autorização prévia)	R\$ 50,00
35.22	ATENDIMENTO DOMICILIAR DO ENFERMEIRO (Não será pago para pacientes internados)	R\$ 90,00
35.23	ATENDIMENTO DOMICILIAR DO NUTRICIONISTA (Não será pago para pacientes internados)	R\$ 50,00
35.24	TAXA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO EM DOMICÍLIO (Não será pago para pacientes internados)	R\$ 45,00
35.25	ENFERMEIRO ESTOMOTERAPEUTA	R\$ 100,00
35.26	CILINDRO DE OXIGÊNIO ATÉ 5 LITROS (mensal)	R\$ 150,00
35.27	TAXA DE COLETA DE EXAMES EM DOMICÍLIO	R\$ 50,00
35.28	VENTILAÇÃO MECÂNICA – RESPIRADOR – BiPAP/CPAP – DIÁRIA (Não será pago para pacientes internados)	R\$ 15,00
35.29	DIÁRIA DE CONCENTRADOR	R\$16,00
35.30	DIÁRIA DE OXÍMETRO DE PULSO (Não será pago para pacientes internados)	R\$ 18,00
35.31	CILINDRO DE OXIGÊNIO 7m³ POR TROCA	R\$ 250,00 (Recarga)
35.32	CILINDRO DE OXIGÊNIO 4m³ POR TROCA	R\$ 200,00 (Recarga)
35.33	CILINDRO DE OXIGÊNIO 3m³ POR TROCA	R\$ 180,00 (Recarga)
35.34	MEDICAMENTOS (Brasíndice) – Conforme Preço Máximo ao Consumidor	Deflator de 35%
35.35	MATERIAIS DESCARTÁVEIS (SIMPRO PF) – Para eventuais materiais que não conste em tabela própria	Deflator de 35%
36.		
36.1	TRANSPORTE DE PACIENTE BAIXA COMPLEXIDADE Remoção no perímetro urbano – ambulância tipo A (ida e volta, por trecho)	R\$ 181,91

36.2	TRANSPORTE DE PACIENTE BAIXA COMPLEXIDADE Remoção no perímetro urbano – ambulância tipo B (ida e volta, por trecho)	R\$ 228,54
36.3	TRANSPORTE DE PACIENTE BAIXA COMPLEXIDADE Remoção no perímetro urbano – ambulância tipo D (ida e volta, por trecho)	R\$ 240,90
36.4	TRANSPORTE DE PACIENTE MÉDIA COMPLEXIDADE Remoção no perímetro urbano – ambulância tipo A (ida e volta, por trecho)	R\$ 262,00
36.5	TRANSPORTE DE PACIENTE MÉDIA COMPLEXIDADE Remoção no perímetro urbano – ambulância tipo B (ida e volta, por trecho)	R\$ 279,60
36.6	TRANSPORTE DE PACIENTE MÉDIA COMPLEXIDADE Remoção no perímetro urbano – ambulância tipo D (ida e volta, por trecho)	R\$ 314,40
36.7	TRANSPORTE DE PACIENTES ALTA COMPLEXIDADE (Ida/ Ida e volta)	Não eletiva
36.8	Remoção do perímetro urbano de Crateús para o Hospital Geral de Fortaleza (HGeF) ambulância tipo A ou B	R\$ 1.282,24
36.9	Remoção do perímetro urbano de Crateús para o Hospital Geral de Fortaleza (HGeF) ambulância tipo D	R\$ 2.169,93
36.10	Remoção interestadual – Km rodado ambulância tipo A	R\$ 6,50
36.11	Remoção interestadual – Km rodado ambulância tipo B	R\$ 7,50
36.12	Remoção interestadual – Km rodado ambulância tipo D	R\$ 8,50
37. PACOTES DE EXAMES ESPECIAIS		
4.01.03.46-3	TESTE DA ORELHINHA (desde que seja realizado no prazo de até 48 horas após o nascimento do RN e antes da alta do paciente, em razão da pertinência técnica para a eficácia do resultado).	R\$ 50,96
4.03.12.17-8	TESTE DO PEZINHO (desde que seja realizado no prazo de até 5 (cinco) dias corridos após o nascimento do RN).	R\$ 128,13
4.03.12.16-0	TESTE DO PEZINHO BÁSICO (tsh neonatal + fenilalanina + eletroforese de hb para triagem de hemopatias).	R\$ 101,19
5.00.11.04-7	TESTE DO CORAÇÃOZINHO (desde que seja realizado antes da alta do paciente (RN), em razão da pertinência técnica para a eficácia do resultado).	R\$ 29,12
4.13.01.47-1	TESTE DO OLHINHO (desde que seja realizado antes da alta do paciente (rn) e, posteriormente, poderá ser realizado de 2 (duas) a 3 (três) vezes ao ano, até que a criança complete 3 (três) anos de vida).	R\$ 55,00

38. EXAMES ESPECIAIS		
38.1	CHIKUNGUNYA	R\$ 242,76
38.2	NS1 - DENGUE	R\$ 76,78
38.3	ANTI TRANS GLUTAMINASE	R\$ 59,73
38.4	ANTI CCP	R\$ 126,81