

## **ANEXO R**



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
40º BATALHÃO DE INFANTARIA  
(36º BI/1890)

### **INSTRUÇÕES GERAIS**

#### **1. Diárias de Apartamento Standard, Enfermaria, Hospital-Dia, Pronto-Socorro e Berçário**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade.
- b) Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, copeira e serviços gerais.
- c) Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental.
- d) Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia), incluindo café da manhã do acompanhante.
- e) Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
- f) Orientação nutricional no momento da alta; Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, ultra-som, etc).
- g) Aspirador de secreções.
- h) Taxa de vigilância epidemiológica.
- i) Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas.
- j) Equipamentos de proteção individual (EPI).
- k) Fototerapia até 24 horas, em caso de berçário.
- l) Alimentação após 6 horas, em caso de paciente em pronto-socorro.
1. Monitor cardíaco contínuo, oximetria, pressão não invasiva (PNI), taxa de eletrocardiograma, bomba de infusão e nebulização.

#### **2. Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva/ Semi-intensiva / Unidade Coronariana**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1, exceto a acomodação de acompanhante.
- b) Monitor cardíaco contínuo, oximetria, pressão não invasiva (PNI), taxa de eletrocardiograma, bomba de infusão e nebulização.

- c) Desfibrilador e Respirador.
- d) Não está incluído: materiais e medicações, sangue e derivados, curativos, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, leito especial (isolamento).

### **3. Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica / Neonatal**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 2, incluindo a acomodação de acompanhante.
- b) Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP e fototerapia até 24 horas.

### **4. Diárias Especiais de Berçário de Alto Risco**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1, incluindo a acomodação de acompanhante.
- b) Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP, oxímetro de pulso e fototerapia até 24 horas.

### **5. Taxas de Sala em Centro Cirúrgico / Obstétrico**

Baseado no porte anestésico dos procedimentos constantes da Lista Referencial de Honorários Médicos negociada. No valor das taxas deverão estar incluídos:

- a) Sala Cirúrgica - portes 0 a 7 da Lista Referencial de Honorários Médicos: local; mesa operatória; roupa de sala, da enfermagem e médico; serviço enfermagem do procedimento; assepsia e anti-sepsia da equipe, paciente e ambiente; paramentação de toda a equipe, esterilização do material, monitor de multiparâmetros (ECG contínuo, PNI, monitor de pressão invasiva e oxímetro de pulso), carrinho de anestesia, exceto em caso de anestesia geral, raqui ou peridural, Iluminação (foco); controle dos sinais vitais, locomoção do paciente e aspirador de secreções.
- b) Taxa de curativo, exceto curativo especial.
- c) Taxa de vigilância epidemiológica.
- d) Aspirador de secreções e berço aquecido.
- e) EPI

### **6) Taxas de sala de Recuperação pós-anestésica**

Só cabe a cobrança para pacientes que foram submetidos à anestesia geral, raqui anestesia ou anestesia peridural. Deverá conter horário de admissão e alta da mesma.

Deverá incluir:

- a) Local; leito; roupa de sala, da enfermagem e médico. Só cabe a cobrança para pacientes que foram submetidos à anestesia geral, raqui anestesia ou anestesia peridural.
- b) Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, aspirador de secreções, serviço de enfermagem, uso de materiais para desinfecção do ambiente, paramentação de toda a equipe e EPI.

### **7) Taxa de Hemodinâmica:**

- a) Será de acordo com o porte anestésico do procedimento da Lista Referencial de Honorários Médicos negociada.
- b) Quando realizados simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrada 100% da taxa de sala de maior porte e 50% da taxa de sala do segundo procedimento. A taxa de instrumental só cabe a cobrança do de maior porte.
- c) Serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e uso de cosméticos, paramentação de toda a equipe, monitoração cardíaca, curativos pequeno e médio, PNI, bomba de infusão, oximetria, TX de assepsia, TX de vigilância epidemiológica, desfibrilador e EPIs.
- d) Taxa de sala e taxa de instrumental.

## 8) Taxas de Sala Fora do Centro Cirúrgico

Baseado no porte anestésico do procedimento constante do Referencial de Honorários Médicos negociado, pequenas cirurgias, procedimentos em ambulatório, endoscopia ou pronto socorro.

No valor das taxas deverão estar incluídos:

- a) Sala Padrão: local; roupa de sala, da enfermagem e médicos; serviços de enfermagem do procedimento; mesa principal e auxiliares; focos; preparo do paciente (sondagens) anti-sepsia da sala e instrumental.
- b) Sala de Observação em Pronto Socorro: local; roupa de sala, da enfermagem e médicos; serviço de enfermagem.
- c) Sala de Radiologia - Exames Contrastados: todos os itens constantes da letra a) do item 5.
- d) Sala de Videoendoscopia e Colonoscopia: todos os itens constantes da letra a) do item 5, acrescido de foto e filme. A taxa de uso do equipamento de videoendoscópico e a taxa de sala serão cobradas à parte. Não cabe a cobrança de taxa de instrumental para os procedimentos endoscópicos.
- e) Sala de Hemodinâmica - Todos os itens constantes da letra a) do item 5. A taxa de uso do equipamento de hemodinâmica deverá ser cobrada à parte.

## 9) Taxas de Sala de Gesso

Será paga somente em caso de instalação de gesso.

- a) Inclui o uso de equipamentos, higienização da sala, serviços de enfermagem, curativos pequeno e médio.
- b) Não será pago taxa para retirada de aparelho gessado.

## 10) Taxa de Sala de Quimioterapia:

Somente em caso de pacientes em tratamento ambulatorial. Deverá incluir:

- a) Sala de preparo do quimioterápico, quimioterapia sessão, serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos, paramentação de toda a equipe, curativos pequenos e médios e EPIs.
- b) Não cabe a cobrança de taxa de sala para administração via subcutânea e/ou via oral.

## 11) Notas complementares

1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobradas.
2. A medicação paga será a GENÉRICA de menor valor existente no mercado, de acordo com a prescrição médica. Caso houver justificativa médica a medicação poderá ser a ética, ficando a contratada responsável em apresentar tal justificativa, ficando a verificação *in loco* do serviço de auditoria, se necessário.
  - a. Referencial para cobrança de medicamentos:
    - 1) Atrovent e Berotec: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro).
    - 2) Xylocaína líquida: será cobrada por ml.
    - 3) Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).
    - 4) Cepacol: será cobrado 10 ml (dez mililitros) /dia.
    - 5) Dersani: será cobrado 20 ml (vinte mililitros) /dia.
3. Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.
4. Taxas de registro de internação interno ou externo será paga 01 (uma) por paciente.
5. Honorário de fisioterapia será pago um por dia 24h (vinte e quatro horas) em apartamento e CTI/UTI/SEMI-INTENSIVA.
6. Placa de eletrocautério descartável será pago somente quando seu uso for indicado, sendo necessário descrição em folha de sala e embalagem anexada no prontuário.
7. Equipamento de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia, salvo quando for em criança ou adulto com restrição hídrica.
8. As trocas de materiais serão pagas conforme estabelecido nas **Instruções Gerais** desta Lista Referencial.
9. Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência, terão que ter autorização prévia do SAMMED/FuSEx.

10. Será paga o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
11. Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
12. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
13. Taxa de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.
14. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48hs para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
15. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
16. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de registro.
17. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
18. A taxa de aerosolterapia está incluída no uso de gases.
19. 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.
20. As luvas de procedimento não serão pagas. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
21. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
22. A visita do nutrólogo deverá ser pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta enteral e parenteral.
23. Os curativos especiais serão pagos, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.
24. A Aquisição de órteses, próteses e materiais especiais cirúrgicos (reutilizados), cujo valor for superior a R\$ 200,00 (duzentos reais), será paga mediante autorização prévia da CONTRATANTE, após apresentação, pela CONTRATADA, de três orçamentos (propostas) de empresas que possuam registro junto à ANVISA, anexando relatório onde conste o CID-10 e todos os demais parâmetros para autorização da compra do material solicitado, com acréscimo de 15 % à nota fiscal. Será utilizada como referência para medicamentos a tabela BRASÍNDICE, considerando todas as alterações estabelecidas pela ANVISA.
25. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.
26. Quando realizado simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrado 100% da taxa de sala de maior valor e 50% (cinquenta por cento) da taxa de sala do segundo procedimento. A taxa de instrumental será paga somente a de maior porte.
27. Não haverá taxa de registro para a realização de exames e para a realização de procedimentos em pacientes crônicos, tais como: curativos, troca de sonda, etc.
28. Os materiais, contrastes radiológicos e as dietas serão pagos conforme Tabela Referencial do FuSEx. Quando algum item não constar dessa tabela, o prestador de serviço deverá apresentar 03 (três) orçamentos com valores praticados no mercado, sendo a margem de comercialização de 15% (quinze por cento). Em relação a marca, será adotada a de menor valor, exceto em casos específicos, que terá que ter justificativa médica e embalagem do produto, juntamente com a Nota Fiscal, anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia do FuSEx.
29. A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário.
30. Curativo de recém nato (coto umbilical) não será coberto.
31. Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.
32. Colchão caixa de ovo não será coberto.
33. Materiais descartáveis não cobertos pelo FuSEx estão descritos no Capítulo II desta Lista Referencial.

## CAPÍTULO II - Materiais descartáveis não cobertos pelo FuSEx

- 1) Absorvente Higiênico
- 2) Aconchego
- 3) Água oxigenada
- 4) Algodão
- 5) Aquecedor e manta térmica
- 6) Bacia plástica
- 7) Band-aid
- 8) Bandeja para raquianestesia
- 9) Blusas descartáveis
- 10) Bolsa de água quente
- 11) Bom ar
- 12) Bomba para ordenha
- 13) Borracha de silicone
- 14) Borracha para aspirador
- 15) Cabo bipolar
- 16) Cadeira de apoio para banho
- 17) Calçados ortopédicos
- 18) Camisa para microcâmera
- 19) Campo cirúrgico (operatório) descartável
- 20) Caneta para bisturi descartável
- 21) Cânula de Guedel
- 22) Capa para microscópio
- 23) Chuca/chupeta
- 24) Cidex
- 25) Cinta lombar
- 26) Clorohex
- 27) Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério
- 28) Colete lombar
- 29) Combi-red (tampa para soro)
- 30) Compressa cirúrgica
- 31) Conexão para aspiração, bomba e pressão
- 32) Conector
- 33) Copo descartável
- 34) Cotonete – pagar apenas para oftalmologia
- 35) Cotonóide – pagar apenas para neurologia
- 36) Creme dental
- 37) Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado
- 38) Despesa de frigobar
- 39) Dispositivo anti-trombolítico
- 40) Escova de degermação
- 41) Escova de dente
- 42) Espéculo descartável
- 43) Esponja para banho
- 44) Estabilizador de tornozelo
- 45) Éter benzina e tintura de iodo
- 46) Faixa elástica pós-operatória
- 47) Filme endoscópio
- 48) Filtro respirador
- 49) Fiso-Hex, povidine
- 50) Fitas de vídeo
- 51) Fixador de tubo traqueal
- 52) Fixador externo
- 53) Formol
- 54) Frascos para exame
- 55) Gaze radiopaca
- 56) Gel para biométrica
- 57) Gerador de tecnécio

- 58) Germipol
- 59) Gesso sintético
- 60) Gorro, máscaras, porpés, aventais, capotes e calças
- 61) Imobilizador
- 62) Lâmina para tricotomia
- 63) Látex extensor de O2
- 64) Lençol descartável
- 65) Luva para aparelho de laparoscopia
- 66) Manta
- 67) Manteiga de cacau
- 68) Máscara laríngea
- 69) Material de banho do RN
- 70) Meia elástica
- 71) Meia, cinta, atadura e calça elástica
- 72) Mercúrio de prata
- 73) Micro por espaçador
- 74) Muletas
- 75) Muletas
- 76) Pasta gel
- 77) Pijama descartável
- 78) Plug adaptador macho
- 79) Sabonete
- 80) Sandália para gesso
- 81) Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo
- 82) Sensor infantil neonatal
- 83) Sensor para oxímetro
- 84) Tapoin
- 85) Termômetro
- 86) Termômetros
- 87) Tipóias
- 88) Toalha descartável
- 89) Redutor Trocáter
- 90) Esparadrapo
- 91) Micropore
- 92) Tampa cone Luer

93) CAPÍTULO III - Determinações sobre órteses, próteses, materiais especiais descartáveis e reutilizáveis.

1. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
2. AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL: Será pago 1/5 do valor.
3. AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
4. AGULHA DE VERESS: Será pago 1/3.
5. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: pagar 01 sonda, 01 par de luvas de plástico e 01 Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 ml por aspiração, até 06 por dia .
6. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
7. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
8. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
9. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.
10. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
11. BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.
12. BULL DOG: Não será pago.
13. CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.
14. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
15. CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
16. CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.
17. CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
18. CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
19. CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.
20. CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
21. CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.
22. CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.
23. CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
24. CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. A embalagem deverá ser anexada.
25. CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.
26. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.
27. CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.
28. CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.
29. CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.
30. CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.
31. CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
32. CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.
33. CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.
34. CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.
35. CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.
36. CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.
37. CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
38. CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.
39. CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.
40. CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.
41. CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.
42. CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.
43. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25/07, 01 ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
44. CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.
45. CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.

46. CATETER MULTIPOURPOSE: Será pago 1/4 do valor.
47. CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.
48. CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.
49. CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.
50. CATÉTER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.
51. SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.
52. CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
53. CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.
54. CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.
55. CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
56. CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.
57. CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
58. CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.
59. CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
60. CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.
61. CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
62. CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.
63. CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.
64. CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).
65. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
66. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
67. COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.
68. CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLOGICO: Será pago 1/5 do valor.
69. CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.
70. CPAP NASAL: NÃO.
71. DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.
72. DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
73. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .
74. ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.
75. ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.
76. ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.
77. EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.
78. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
79. ESCLERÔTOMO: Será pago 1/3 do valor.
80. ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.
81. EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
82. EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.
83. EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.
84. FAIXA SMARCH: Será paga 1/5.
85. FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
86. FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
87. FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.
88. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
89. FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA: Será pago 1/3 do valor.
90. FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.
91. FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarreia.
92. FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago valor integral se houver solicitação médica.
93. GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..
94. GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.
95. HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
96. Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
97. Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
98. Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado
99. INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO: Será pago integral.
100. INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
101. INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
102. ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.



103. JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias.Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .
104. KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
105. KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.
106. KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respectiva embalagem em anexo.
107. KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
108. KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
109. KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.
110. KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
111. LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
112. LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.
113. LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.
114. LUYA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
115. MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.
116. MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.
117. MANTA CAREQUILT: NÃO.
118. MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.
119. MICROPORE E ESPARADRAPO não será coberto.
120. PAPILOTOMA: Será pago 1/3 do valor.
121. PAPILOTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
122. PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72h para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
123. PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
124. PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.
125. PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.
126. PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
127. PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.
128. PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
129. PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.
130. REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.
131. ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.
132. SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.
133. SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.
134. SERRA DE GIGLI: NÃO.
135. SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.
136. SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.
137. SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.
138. SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.
139. SONTA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.
140. SONTA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
141. SONTA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.
142. SONTA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
143. SONTA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
144. STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
145. STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
146. SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.
147. TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.
148. TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.
149. TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.

- 150. TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.
- 151. TROCATER: Será pago valor integral.
- 152. TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
- 153. TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.
- 154. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
- 155. VÁLVULA HEMOSTÁTICA 2 OU 3 VIAS (CONECTOR Y): Será pago 1/3 do valor.

**OBSERVAÇÃO:**

**MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA, OS FRACIONAMENTOS PODERÃO SER REAVALIADOS DURANTE AUDITORIA. OS MESMOS ESTARÃO SUBMETIDOS ÀS NORMAS DA ANVISA E ANS.**

#### CAPÍTULO IV - Procedimentos radiológicos contrastados.

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

#### **NEURORADIOLOGIA**

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (não iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arco aórtico	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Arco aórtico	Iodado (não iônico)	100 a 150 ml
Angiografia medular	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Iopamiron 300	20 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Omnipaque 370	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Iopamiron 350	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Iopamiron 370	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia	Omnipaque 350	5 ml

- **DEMAIS ANGIOGRAFIAS:** Quantidade de contraste não previsível – variando com peso, complexidade do procedimento ou patologia.

## CARDIOLOGIA

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Cateterismo cardíaco	Telebrix – Optiray	100 a 300 ml
Cat + Angioplastia	Telebrix – Optiray	200 a 350 ml

## APARELHO DIGESTIVO

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

## APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

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

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Em todos os procedimentos usa-se com igual volume iodado iônico injetável;  
Nos estudos do abdome superior e pelve cabe a cobrança de contraste oral: bário especial ou 1 frasco de iodado de 50 ml diluído em água ou soro.

PROCEDIMENTO	PRDUTO/TIPO	QUANTIDADE
Tomografia comp. Abdome sup.	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Abdome sup.	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Articulações	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Coluna (S/ mielo)	Iodados	100ml
Tomografia comp. Coluna (Seg.adic)	Iodados	100ml
Tomomielografia	Iodados	100 ml
Tomomielografia + intratecal	Não-iônicos-350	20 ml
TC crânio, cela, orbital	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Dinâmica	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Face- S.F.-T.M.	Iodados	100 ml
TC Mastóides – ouvidos	Iodados	100 ml

PROCEDIMENTO	PRDUTO/TIPO	QUANTIDADE
Tomografia comp. Pelve/bacia	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Pescoço	Iodados	100 ml
TC segmento apêndice	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Tórax (não vasos)	Iodados	100 ml
TC Tórax (vasos e mediastino)	Iodados	150 ml

- Angiografias (espiral) cerebral, cervical, torácica, abdominal, pélvica, extremidade – iodado não iônico= 150 ml.
- Angio-tomografia aorta e membros inferiores – iodado não iônico= 250 ml.