



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
7º BATALHÃO DE INFANTARIA BLINDADO  
(Terço da Bahia/1631)  
REGIMENTO GOMES CARNEIRO

ANEXO M

LISTA REFERENCIAL DO FUSEX DA GUARNIÇÃO DE SANTA CRUZ DO SUL

**CAPÍTULO I - Lista Referencial de Procedimentos e Preços FuSEx/SAMMED do 7º Batalhão de Infantaria Blindado para Contratos de Credenciamento**

**1. APRESENTAÇÃO**

1.1 Este documento discrimina as definições, conceituações, tabelas, índices, valores e outros serviços de saúde objetos do Edital de Credenciamento 01/2025 de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do 7º Batalhão de Infantaria Blindado.

1.2 Os procedimentos que não constam no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), não tem cobertura pelos sistemas FUSEx/SAMMED, PASS e EX-COMBATENTE.

1.3 Quando os serviços de saúde forem prestados por Profissional de Saúde Autônomo(a) (PSA), incluir-se-á no valor descrito a contribuição obrigatória ao Instituto Nacional de Seguridade Social, que será recolhido pela CREDENCIADA na forma da lei.

1.4 Materiais não cobertos, orientações gerais sobre reuso de materiais, fracionamento, curativos e uso de contrastes constam dos CAPÍTULOS II, III, IV e V do presente referencial.

1.5 Valores autorizados pelo **Parecer Técnico nº 17-2025 SRA-3ª RM**, de 29 de abril de 2025.

**2. HONORÁRIOS MÉDICOS**

2.1 A valoração dos atos médicos terá como base a Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM – 2018) e será calculada de acordo com os seguintes comunicados e INSTRUÇÕES GERAIS do presente referencial:

Item	Descrição	Valor (R\$)
<b>2 - HONORÁRIOS MÉDICOS (HM)</b>		
2.1	Procedimentos Gerais	Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2014 (UCO R\$ 16,15)
2.2	Procedimentos Clínicos Ambulatoriais e Hospitalares	Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2014 (UCO R\$ 16,15)
2.3	Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos, realizados em caráter eletivo	Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2015 (UCO R\$ 17,74)
2.4	Bloqueios Anestésicos	Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2014

		(UCO R\$ 16,15)
2.5	Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos realizados em caráter de urgência e/ou emergência médica	Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2019 (UCO R\$ 21,07)

2.2 Procedimentos não constantes dessa tabela serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação acordada neste instrumento.

### 3. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

3.1 A valoração dos Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) terá como base a Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM – 2018) e será calculada de acordo com os seguintes comunicados e INSTRUÇÕES GERAIS do presente referencial:

Item	Descrição	Valor (R\$)
<b>3 - SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO e TERAPIA (SADT)</b>		
3.1	Eletrofisiológicos, Mecânicos e Funcionais	Comunicado Oficial CBHPM, de 1º outubro de 2008 (UCO: R\$ 11,50)
3.2	Ressonância Magnética	
3.3	Tomografia Computadorizada	
3.4	Ultrassonografia	
3.5	Medicina Nuclear	
3.6	Métodos Diagnósticos por Imagem	
3.7	Endoscópicos	
3.8	Medicina Laboratorial	Comunicado Oficial CBHPM, de 1º agosto de 2003 (UCO: R\$ 11,50)
3.9	Anatomia Patológica e Citopatologia	
3.10	Medicina Transfusional	
3.11	Genética	
3.12	Radioterapia	
3.13	Exames específicos e outros testes para diagnósticos	Filme ou Doc (m²): R\$ 23,37
3.14	Exames Oftalmológicos	

3.2 Procedimentos não constantes dessa tabela serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação acordada neste instrumento.

### 4. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS – CBHPM

4.1 A valoração dos atos médicos terá como base a Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM – 2018) e será calculada de acordo com os seguintes comunicados:

4.1.1 Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2014 será utilizado para valoração dos Procedimentos Gerais, Procedimentos Clínicos Ambulatoriais e Hospitalares e Bloqueios anestésicos, onde:

4.1.1.1 Quanto a Unidade de Custo Operacional ficou estabelecida 1 UCO = R\$ 16,15; e

4.1.1.2 Quanto aos Portes de Procedimentos, ficou estabelecida a seguinte Tabela:

<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

1C	R\$ 43,47
2A	R\$ 57,96
2B	R\$ 76,40
2C	R\$ 90,42
3A	R\$ 123,55
3B	R\$ 157,87
3C	R\$ 180,83
4A	R\$ 215,22
4B	R\$ 235,60
4C	R\$ 266,16
5A	R\$ 286,52
5B	R\$ 309,45

6B	R\$ 393,51
6C	R\$ 430,43
7A	R\$ 464,82
7B	R\$ 514,48
7C	R\$ 608,70
8A	R\$ 657,11
8B	R\$ 688,94
8C	R\$ 730,96
9A	R\$ 776,82
9B	R\$ 849,41
9C	R\$ 935,98
10A	R\$ 1.004,76

11A	R\$ 1.278,56
11B	R\$ 1.402,08
11C	R\$ 1.538,35
12A	R\$ 1.594,37
12B	R\$ 1.714,08
12C	R\$ 2.099,93
13A	R\$ 2.311,33
13B	R\$ 2.535,46
13C	R\$ 2.804,16
14A	R\$ 3.125,07
14B	R\$ 3.400,15
14C	R\$ 3.750,34

4.1.2 Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2015 será utilizado para valoração dos Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos realizados em caráter eletivo, onde:

4.1.2.1 Quanto a Unidade de Custo Operacional ficou estabelecida 1 UCO = R\$ 17,74; e

4.1.2.2 Quanto aos Portes de Procedimentos, ficou estabelecida a seguinte Tabela:

1A	R\$ 15,92
1B	R\$ 31,84
1C	R\$ 47,77
2A	R\$ 63,70
2B	R\$ 83,97
2C	R\$ 99,37
3A	R\$ 135,78
3B	R\$ 173,50
3C	R\$ 198,73
4A	R\$ 236,52
4B	R\$ 258,92
4C	R\$ 292,50
5A	R\$ 314,89
5B	R\$ 340,09

5C	R\$ 361,07
6A	R\$ 393,27
6B	R\$ 432,47
6C	R\$ 473,04
7A	R\$ 510,83
7B	R\$ 565,41
7C	R\$ 668,97
8A	R\$ 722,16
8B	R\$ 757,15
8C	R\$ 803,33
9A	R\$ 853,72
9B	R\$ 933,50
9C	R\$ 1.028,64
10A	R\$ 1.104,23

10B	R\$ 1.196,60
10C	R\$ 1.328,15
11A	R\$ 1.405,13
11B	R\$ 1.540,89
11C	R\$ 1.690,65
12A	R\$ 1.752,22
12B	R\$ 1.883,78
12C	R\$ 2.307,82
13A	R\$ 2.540,15
13B	R\$ 2.786,47
13C	R\$ 3.081,77
14A	R\$ 3.434,45
14B	R\$ 3.736,76
14C	R\$ 4.121,62

4.1.3 Comunicado Oficial CBHPM, de 18 de outubro de 2019 será utilizado para valoração dos Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos realizados em caráter de urgência ou emergência, onde:

4.1.3.1 Quanto a Unidade de Custo Operacional ficou estabelecida 1 UCO = R\$ 21,07; e

4.1.3.2 Quanto aos Portes de Procedimentos, ficou estabelecida a seguinte Tabela:

<b>1A</b>	R\$ 23,46	<b>5C</b>	R\$ 1.026,02	<b>10B</b>	R\$ 2.501,71
<b>1B</b>	R\$ 50,64	<b>6A</b>	R\$ 1.118,37	<b>10C</b>	R\$ 2.641,24
<b>1C</b>	R\$ 82,21	<b>6B</b>	R\$ 1.214,05	<b>11A</b>	R\$ 2.754,85
<b>2A</b>	R\$ 117,18	<b>6C</b>	R\$ 1.310,39	<b>11B</b>	R\$ 2.896,38
<b>2B</b>	R\$ 167,43	<b>7A</b>	R\$ 1.405,40	<b>11C</b>	R\$ 3.044,55
<b>2C</b>	R\$ 207,63	<b>7B</b>	R\$ 1.508,39	<b>12A</b>	R\$ 3.150,86
<b>3A</b>	R\$ 302,47	<b>7C</b>	R\$ 1.634,63	<b>12B</b>	R\$ 3.290,39
<b>3B</b>	R\$ 397,48	<b>8A</b>	R\$ 1.736,95	<b>12C</b>	R\$ 3.568,80
<b>3C</b>	R\$ 486,51	<b>8B</b>	R\$ 1.830,64	<b>13A</b>	R\$ 3.756,17
<b>4A</b>	R\$ 581,52	<b>8C</b>	R\$ 1.929,64	<b>13B</b>	R\$ 3.950,19
<b>4B</b>	R\$ 669,22	<b>9A</b>	R\$ 2.030,63	<b>13C</b>	R\$ 4.167,46
<b>4C</b>	R\$ 762,25	<b>9B</b>	R\$ 2.145,57	<b>14A</b>	R\$ 4.411,98
<b>5A</b>	R\$ 849,95	<b>9C</b>	R\$ 2.267,83	<b>14B</b>	R\$ 4.632,58
<b>5B</b>	R\$ 938,98	<b>10A</b>	R\$ 2.380,78	<b>14C</b>	R\$ 4.892,38

4.2 A valoração dos Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) terá como base a Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM – 2018) e será calculada de acordo com os seguintes comunicados:

4.2.1 Comunicado Oficial CBHPM, de 1º de outubro de 2008 será utilizado para valoração dos SADT: Eletrofisiológicos, Mecânicos e Funcionais, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Medicina Nuclear, Métodos Diagnósticos por Imagem e Endoscópicos:

4.2.1.1 Quanto a Unidade de Custo Operacional ficou estabelecida 1 UCO = R\$ 11,50; e

4.2.1.2 Quanto aos Portes de Procedimentos, ficou estabelecida a seguinte Tabela:

<b>1A</b>	R\$ 10,00	<b>5C</b>	R\$ 234,00	<b>10B</b>	R\$ 775,00
<b>1B</b>	R\$ 20,00	<b>6A</b>	R\$ 255,00	<b>10C</b>	R\$ 860,00
<b>1C</b>	R\$ 30,00	<b>6B</b>	R\$ 280,00	<b>11A</b>	R\$ 910,00
<b>2A</b>	R\$ 40,00	<b>6C</b>	R\$ 306,00	<b>11B</b>	R\$ 998,00
<b>2B</b>	R\$ 54,00	<b>7A</b>	R\$ 331,00	<b>11C</b>	R\$ 1.095,00
<b>2C</b>	R\$ 64,00	<b>7B</b>	R\$ 366,00	<b>12A</b>	R\$ 1.135,00
<b>3A</b>	R\$ 88,00	<b>7C</b>	R\$ 433,00	<b>12B</b>	R\$ 1.220,00
<b>3B</b>	R\$ 112,00	<b>8A</b>	R\$ 468,00	<b>12C</b>	R\$ 1.495,00
<b>3C</b>	R\$ 128,00	<b>8B</b>	R\$ 490,00	<b>13A</b>	R\$ 1.645,00
<b>4A</b>	R\$ 153,00	<b>8C</b>	R\$ 520,00	<b>13B</b>	R\$ 1.805,00
<b>4B</b>	R\$ 168,00	<b>9A</b>	R\$ 555,00	<b>13C</b>	R\$ 1.996,00

<b>4C</b>	R\$ 189,00
<b>5A</b>	R\$ 204,00
<b>5B</b>	R\$ 220,00

<b>9B</b>	R\$ 605,00
<b>9C</b>	R\$ 666,00
<b>10A</b>	R\$ 715,00

<b>14A</b>	R\$ 2.225,00
<b>14B</b>	R\$ 2.420,00
<b>14C</b>	R\$ 2.670,00

4.2.2 Comunicado Oficial CBHPM, de 1º de agosto de 2003 será utilizado para valoração dos SADT: Medicina Laboratorial, Anatomia Patológica e Citopatologia, Medicina Transfusional, Genética, Exames Específicos e outros Testes para Diagnósticos, Radioterapia, Exames Oftalmológicos, onde:

4.2.2.1 Quanto a Unidade de Custo Operacional ficou estabelecida 1 UCO = R\$ 11,50; e

4.2.2.2 Quanto aos Portes de Procedimentos, ficou estabelecida a seguinte Tabela:

<b>1A</b>	R\$ 8,00
<b>1B</b>	R\$ 16,00
<b>1C</b>	R\$ 24,00
<b>2A</b>	R\$ 32,00
<b>2B</b>	R\$ 42,00
<b>2C</b>	R\$ 50,00
<b>3A</b>	R\$ 69,00
<b>3B</b>	R\$ 88,00
<b>3C</b>	R\$ 100,00
<b>4A</b>	R\$ 120,00
<b>4B</b>	R\$ 132,00
<b>4C</b>	R\$ 148,00
<b>5A</b>	R\$ 160,00
<b>5B</b>	R\$ 172,00

<b>5C</b>	R\$ 184,00
<b>6A</b>	R\$ 200,00
<b>6B</b>	R\$ 220,00
<b>6C</b>	R\$ 240,00
<b>7A</b>	R\$ 260,00
<b>7B</b>	R\$ 280,00
<b>7C</b>	R\$ 340,00
<b>8A</b>	R\$ 368,00
<b>8B</b>	R\$ 384,00
<b>8C</b>	R\$ 408,00
<b>9A</b>	R\$ 436,00
<b>9B</b>	R\$ 476,00
<b>9C</b>	R\$ 524,00
<b>10A</b>	R\$ 560,00

<b>10B</b>	R\$ 608,00
<b>10C</b>	R\$ 676,00
<b>11A</b>	R\$ 716,00
<b>11B</b>	R\$ 784,00
<b>11C</b>	R\$ 860,00
<b>12A</b>	R\$ 892,00
<b>12B</b>	R\$ 960,00
<b>12C</b>	R\$ 1.176,00
<b>13A</b>	R\$ 1.292,00
<b>13B</b>	R\$ 1.420,00
<b>13C</b>	R\$ 1.570,00
<b>14A</b>	R\$ 1.750,00
<b>14B</b>	R\$ 1.900,00
<b>14C</b>	R\$ 2.100,00

## 5. CONSULTA MÉDICA

5.1 Para **consulta médica em consultório** (horário normal ou preestabelecido) o valor praticado será:

<b>5.1 - CONSULTAS MÉDICAS</b>		<b>Valor R\$</b>
5.1.1	Em consultório, nas especialidades não especificadas	125,00
5.1.2	Consulta ao Anestesista	136,00
5.1.3	Consulta ao Pediatra	149,00
5.1.4	Consulta ao Neurologista	149,00
5.1.5	Consulta ao Endocrinologista	149,00
5.1.6	Consulta ao Nefrologista	149,00
5.1.7	Consulta ao Hematologista	149,00
5.1.8	Consulta ao Infectologista	149,00
5.1.9	Consulta ao Psiquiatra	240,00

5.2 Para **consulta médica de urgência e emergência** (em pronto socorro) valor praticado será:

5.2 - CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA		Valor R\$
5.2.1	Taxa de Pronto Atendimento, em plantão de urgência/emergência – Plantão Adulto	120,00
5.2.2	Taxa de Pronto Atendimento, em plantão de urgência/emergência – Plantão Pediatria/Obstetrícia	142,80

5.3 Os procedimentos cirúrgicos, em caráter de urgência ou emergência, terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seu valor nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte, em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados; procedimentos eletivos agendados para o horário considerado de urgência não terão acréscimo.

5.4 A regra acima não se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados;

5.5 O honorário da **visita médica hospitalar (paciente internado)** será de acordo com a tabela abaixo:

5.5 - VISITAS		Valor R\$
5.5.1	Visita Hospitalar, nas especialidades de Psiquiatria, Nefrologia Infectologia e Neurologia	230,00
5.5.2	Chamada de especialista, após avaliação do plantonista	260,00

**5.6 Retorno a consulta ambulatorial:** Será considerado retorno e portanto sem emissão de nova Guia de encaminhamento as consultas ambulatoriais realizadas apenas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante, desde que o beneficiário procure o referido médico para agendar a consulta de retorno em até 20 (vinte) dias da consulta originária. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado, será considerada nova consulta, portanto será necessário a emissão de nova guia de encaminhamento;

**5.7 Retorno de consulta de urgência/emergência:** Não existe retorno nos atendimentos em Pronto Socorro;

**5.8 Ginecologia:** Faz parte da consulta os seguintes procedimentos: Anamnese, exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos, inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal e coleta de exame citopatológico quando indicado;

**5.9 Oftalmologia:** A consulta oftalmológica inclui: Anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame de motilidade ocular e do senso cromático. A tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada seis meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica;

**5.10 Psiquiatria:** em regime ambulatorial o beneficiário tem direito a uma consulta a cada quinze dias e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a duas sessões semanais por beneficiário. Para sessão psicoterápica individual com psiquiatra o valor praticado será de R\$ 60,00 (sessenta reais).

## 6. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

6.1 Para os materiais descartáveis será utilizado como referencial o preço de fábrica (PF) constante no guia farmacêutico BRASÍNDICE como teto, vigente no mês do atendimento e tabela própria de materiais descartáveis da CREDENCIANTE e INSTRUÇÕES GERIAS deste referencial.

6.2 Quando o material não constar em nenhum dos catálogos supracitados, será utilizado o preço de nota fiscal com taxa de comercialização de 15% (quinze por cento).

6.3 A utilização de materiais cujo custo unitário seja superior a R\$ 700,00 (setecentos reais), necessita autorização prévia, independente da quantidade a ser utilizada. A autorização deverá ser solicitada pela CONTRATADA pelo e-mail [auditoriamedica@7bib.eb.mil.br](mailto:auditoriamedica@7bib.eb.mil.br).

## 7. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS, RADIOFÁRMACOS E DIETAS

7.1 Os medicamentos não restritos, restritos, soros, soluções e quimioterápicos serão pagos pela Tabela CMED (ICMS 17%), pelo Preço de fábrica como teto e tabela própria da CREDENCIANTE e INSTRUÇÕES GERAIS do presente referencial.

7.2 Quando o medicamento não constar desta, será utilizado o valor de Nota Fiscal Original de Compra, acrescido de 15%.

7.3 Os insumos radioativos serão remunerados conforme o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, vigente a época do atendimento, remunerado pelo preço de Fábrica (PF) como teto e tabela própria da CREDENCIANTE;

7.4 A utilização de medicamentos, materiais e dietas, cujo custo unitário seja superior a R\$ 700,00 (setecentos reais), necessita autorização prévia, independente da quantidade a ser utilizada. A autorização deverá ser solicitada pela CONTRATADA pelo e-mail [auditoriamedica@7bib.eb.mil.br](mailto:auditoriamedica@7bib.eb.mil.br).

7.5 As DIETAS INDUSTRIALIZADAS serão remuneradas de acordo com a tabela abaixo:

Nº	Descrição	Valor R\$
1	Dieta NUTRISON PROTEIN PLUS MULTIFIBER - 1000ML – SUPPORT	102,40
2	Dieta DIASON - 1000 ML - SUPPORT)	76,77
3	Dieta OSMOLITE PLUS RTH - 1000 ML - ABBOTT	68,85
4	Dieta FRESUBIN PROTEIN POWDER (300 gramas)	128,74
5	Dieta PREGOMIN PEPTI (400 gramas)	237,50
6	Dieta TCM COM AGE (250 mililitros)	65,72
7	Dieta PERATIVE RTH - 1000 ML - ABBOTT (litro)	58,63
8	Dieta INFATRINI- PÓ - SUPPORT (400 gramas)	161,70
9	Dieta SURVIMED OPD - 500ML - FRESENIUS (frasco)	66,28
10	Dieta ENSURE PLUS HN - 200 ML - ABBOTT (mililitro)	19,29
11	Dieta FORTINI (400 gramas)	48,85
12	Dieta PEDIASURE (400 gramas)	43,47
13	Dieta FRESUBIN ENERGY DRINK CHOCOLATE - 200ML- FRESENIUS	13,97
14	Dieta FRESUBIN HP ENERGY - 1000ML – FRESENIUS	58,96
15	Dieta NUTRISON 1.0 - 1000ML - SUPPORT	60,32
16	Dieta NEOCATE - SUPPORT (400 gramas)	263,30
17	Dieta JEVITY HICAL RTH- 1000 ML-ABBOTT	63,36
18	Nutrição Parenteral Manipulada Adulta	Nota Fiscal + 18%
19	Nutrição Parenteral Manipulada Pediátrica	Nota Fiscal + 18%
20	Nutrição Parenteral Total (NTP)	Nota Fiscal + 18%
21	Dietas não constantes na tabela referencial de dietas	Nota Fiscal + 18%

## 8. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

8.1 Para OPME será utilizado o sistema de cotação de três fornecedores, que serão submetidos à auditoria prévia, e após autorizados, será pago o de menor valor com apresentação de nota fiscal e

com margem de comercialização de 15% (quinze por cento). A autorização para o uso deverá ser solicitada pela CREDENCIADA pelo e-mail [auditoriamedica@7bib.eb.mil.br](mailto:auditoriamedica@7bib.eb.mil.br) ;

8.2 Em hipótese alguma a CREDENCIADA poderá cobrar dos beneficiários dos sistemas FUSEx (SAMMED / PASS e EX-COMBATENTE), qualquer valor relacionado à utilização de OPME;

8.3 É vedada à OCS a substituição ou a troca da OPME autorizada, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico e descrita no registro cirúrgico. Em caso de substituição ou troca de OPME motivada por intercorrência médica, ou uso de OPME extra ao autorizado em procedimento cirúrgico eletivo ou de urgência, a CREDENCIADA deverá comunicar a CREDENCIANTE em 72 (setenta e duas) horas após o uso, a justificativa técnica para a devida análise e a autorização fora desse prazo será considerada glosa administrativa, não passível de recurso;

8.4 Para os casos de cirurgias de facectomia com uso de lente intra ocular, se o beneficiário optar pela utilização de lentes diferentes das cobertas pelo sistema, o mesmo deverá assinar termo de opção de lente, no qual abre mão da lente fornecida pelo FUSEx (SAMMED / PASS e EX-COMBATENTE), comprometendo-se a arcar com todas as despesas referentes ao referido material, não cabendo ressarcimento;

8.5 Os procedimentos cirúrgicos eletivos só poderão ser agendados pela CREDENCIADA após a liberação da CREDENCIANTE. A liberação ocorrerá em até 7 (sete) dias úteis, após a entrega dos orçamentos pela CREDENCIADA ou fornecedor;

8.5.1 Nos casos de emergência ou comprovada urgência, nos quais o atendimento e/ou procedimento for ser realizado pela OCS, deverá ser, no primeiro dia útil, informado à CONTRATANTE;

8.6 A CREDENCIADA deverá fazer constar na conta hospitalar do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização da OPME, com a descrição do uso no relatório cirúrgico.

## 9. FILME RADIOLÓGICO

9.1 Para a valoração do filme radiológico será adotado o valor de R\$ 23,37 (vinte e três reais e trinta e sete centavos) o metro quadrado.

## 10. NUTRICIONISTA

10.1 A assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a uma consulta a cada 30 dias. Estão incluídas nas consultas as sessões de revisão e controle. Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento.

10.2 As consultas com nutricionista serão remuneradas da seguinte forma:

Código	Descrição	Valor R\$
10101300	Consulta ao nutricionista	R\$ 66,00

## 11. FISIOTERAPIA

11.1 As sessões de fisioterapia terão a duração de 50 minutos;

11.2 O atendimento domiciliar será limitado à cidade de Santa Cruz do Sul e Vera Cruz, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento;

11.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento;

11.4 Os serviços fisioterapia serão remunerados com base nos coeficientes constantes no Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (RNPF 2019), com o Coeficiente de Honorários de Fisioterapia (CHF) no valor de R\$ 0,25 (vinte e cinco de real).

## 12. PSICOLOGIA

12.1 As sessões de psicoterapia deverão ter a duração de 50 minutos;

12.2 O atendimento domiciliar será limitado às cidades de Santa Cruz do Sul e Vera Cruz, após liberação expressa da CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento;

12.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento;

12.4 As sessões de psicologia relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	10101205	Consulta ao(à) psicólogo(a)	60,00
2	20104309	Psicoterapia individual - 1 sessão	60,00
3	20104227	Sessão de psicoterapia infantil	73,00
4	20104322	Estimulação precoce, por sessão	76,00

## 13. TERAPIA OCUPACIONAL

13.1 As sessões de terapia ocupacional deverão ter a duração de 50 minutos.

13.2 O atendimento domiciliar será limitado às cidades de Santa Cruz do Sul e Vera Cruz, após liberação expressa da CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

13.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento.

13.4 As sessões de terapia ocupacional relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	201041000	Terapia ocupacional, por sessão	69,00

## 14. TERAPIAS ESPECIAIS - para Portadores de Necessidades Especiais (NEsp)

14.1. Fica fixado em 40 (quarenta) minutos, no mínimo, o tempo de duração de cada sessão;

14.2. O atendimento será limitado a modalidade ambulatorial, após liberação expressa da CREDENCIANTE, que analisará a necessidade técnica do encaminhamento;

14.3. As sessões de terapias especiais relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	90204007	Psicoterapia individual, por sessão com especialização embasada na ciência ABA (Análise do Comportamento Aplicada) – Método DENVER (NEsp)	139,00
2	90204005	Estimulação precoce embasada na ciência ABA (Análise do Comportamento Aplicada) – Método DENVER - (NEsp)	139,00
3	90204002	Fonoterapia embasadas na ciência ABA (Análise do Comportamento Aplicada) – Método DENVER - (NEsp)	139,00
4	90204003	Terapia ocupacional com Integração Sensorial - (NEsp)	139,00

## 15. FONOAUDIOLOGIA

15.1 As sessões de fonoaudiologia deverão ter a duração de 50 minutos.

15.2 O atendimento domiciliar será limitado às cidades de Santa Cruz do Sul e Vera Cruz, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

15.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento.

15.4 As sessões e procedimentos SADT em fonoaudiologia relacionados abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	10101206	Consulta ao Fonoaudiólogo	69,00
2	40312183	Fonoaudiologia sessão	69,00
3	20103638	Reabilitação labiríntica, por sessão	35,50

## 16. ODONTOLOGIA

16.1 Para fins de remuneração de procedimentos em odontologia será utilizada a tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos publicado dia 16/08/2010, tabela VRPO 2010, com redutor de 30%. Procedimentos não constantes dessa tabela serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação proposta neste referencial;

16.1.1

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	10101197	Consulta Inicial: Exame clínico e plano de tratamento	70,00

16.2 Os procedimentos de diagnóstico por imagem em odontologia relacionados abaixo serão remunerados da seguinte forma:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	500111000	Documentação ortodôntica básica	144,76
2	500111001	Documentação ortodôntica completa	158,96
3	50011005	Rx da ATM Série Completa (três incidências)	64,38
4	50011009	Rx da Mão (Carpal)	44,10
5	500111002	Rx panorâmico com traçado para implante	57,23
6	500111005	Teleradiografia frontal com análise	61,90
7	500111006	Exame periapical completo	152,60
8	50011012	Fotografia (unidade)	8,94
9	50011002	Interproximal (Bite-Wing)	11,90
10	500111007	Modelo de estudo com análise	65,56
11	500111008	Modelo de trabalho superior ou inferior	38,15
12	50011010	Modelos Ortodônticos (par)	48,81
13	50011003	Oclusal	33,38

14	50011006	Panorâmica	44,10
15	500110016	Panorâmica Digital	44,10
16	50011001	Periapical	11,90
17	50011007	Telerradiografia com Traçado Computadorizado	61,90
18	50011008	Telerradiografia sem Traçado Computadorizado	44,10
19	50011013	Tomografia computadorizada - 01 corte por arcada	226,50
20	50011014	Tomografia computadorizada - 02 cortes por arcada	321,88
21	50011169	Tomografia computadorizada ATM bilateral (oclusão/01 posição)	226,50
22	50011166	Tomografia computadorizada Mandíbula total	226,50
23	50011167	Tomografia computadorizada Maxila total	226,50
24	50011168	Tomografia computadorizada Seios Maxilares	226,50
25	50011162	Tomografia da ATM Oclusão e Abertura	453,30
26	50011159	Tomografia para implante por arcada	226,50
27	50011158	Tomografia para implante – 01 elemento	113,25
28	50011160	Tomografia para implante total	306,55

## 17. DIÁRIAS HOSPITALARES

17.1 As diárias hospitalares serão remuneradas conforme segue abaixo:

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR R\$
1	Quarto Privativo	Por dia	555,00
2	Quarto Semiprivativo	Por dia	400,00
3	Berçário Geral	Por dia	260,00
4	Day Clinic	Por 12 h	249,00
5	Unidade de Tratamento Intensivo Adulto ou Pediátrica (Inclui Honorários do Médico Intensivista e Monitorações)	Por dia	1.919,00
6	Unidade de Cuidados Intermediários (Inclui Honorários do Médico Intensivista e Monitorações)	Por dia	1.351,00

## 18. GASOTERAPIA

18.1 A gasoterapia será remunerada conforme segue abaixo:

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
1	Ar comprimido (por hora)	14,30
2	Gás carbônico (por uso)	20,90
3	Oxigênio (por hora)	20,90
4	Protoxido de azoto (por hora)	37,35

5	Nebulização com Oxigênio (inclui medicação e taxas) – por aplicação	17,30
6	Nebulização com ar comprimido (inclui medicação e taxas) – por aplicação	12,00

## 19. TAXAS

### 19.1 Taxas de sala

As taxas de sala que não constarem em pacotes serão remuneradas conforme segue abaixo:

Nº	Descrição	Valor R\$
1	para Serviço de Enfermagem/Imobilização não gessada (por uso)	73,60
2	de Recuperação pós-anestésica, até 4 horas (Por uso)	144,30
3	de Recuperação, acima de 4 horas (por hora)	45,70
4	Ambulatorial, para administração de medicamentos (por uso)	41,60
5	de Observação, após atendimento em ambulatorial ou em Pronto Socorro (por uso, na primeira hora após o atendimento)	24,00
6	de Observação, após atendimento em ambulatorial ou em Pronto Socorro (por uso até 6 horas, nos casos em que houver necessidade de observação por mais de 01 (uma) hora)	101,00
7	de Cirurgia – ambulatorial ou Porte Anestésico 0 (zero)	146,00
8	de Cirurgia – Porte Anestésico 1 (um)	146,00
9	de Cirurgia – Porte Anestésico 2 (dois)	348,00
10	de Cirurgia – Porte Anestésico 3 (três)	419,00
11	de Cirurgia – Porte Anestésico 4 (quatro)	594,00
12	de Cirurgia – Porte Anestésico 5 (cinco)	715,00
13	de Cirurgia – Porte Anestésico 6 (seis)	1.068,70
14	de Cirurgia – Porte Anestésico 7 (sete)	1.229,60
15	de Cirurgia – Porte Anestésico 8 (oito)	1.297,64

Observação: Inclui assistência de enfermagem, carro de anestesia, monitor cardíaco, PA não invasiva, oxímetro, capnógrafo, bisturi elétrico, bomba de infusão, taxa de instrumentador, taxa de serviço de embrocção, microscópio OTO, curativos, aspirações, lavagens, locomoção de pacientes.

### 19.2 Taxas de equipamentos

As taxas de equipamentos que não constarem em pacotes serão remuneradas conforme segue abaixo:

Nº	Descrição	Valor R\$
1	Aparelho de videocirurgia + Torre de vídeo (por uso)	790,62
2	Bisturi elétrico – cautério quando usado fora do Centro Cirúrgico (por uso)	32,74
3	Bomba de infusão contínua – quando usado fora CC e da UTI (por dia)	61,24

4	Cistoscópio (por uso)	90,93
5	Fototerapia Bilitron - quando usado fora UTI/UCI (p/ dia)	22,26
6	Gama probe	289,07
7	Incubadora (por dia, quando fora da UTI)	27,30
8	Incubadora de transporte (por uso)	28,70
9	Intensificador de imagem (por uso)	289,90
10	Litotriptor Ultrassônico (por uso)	409,50
11	Microscópio cirúrgico (por uso)	106,68
12	Perfurador – com etiqueta de reprocesso (por uso)	78,54
13	Quadro Balcânico (taxa, por internação)	14,39
14	Ressector endoscópico (por uso)	106,05
15	Serra elétrica - traumato, gesso (por uso)	15,00
16	Tração esquelética ou cutânea (por internação)	16,20
17	Ureterolitotriptor (por uso)	390,00
18	Ventilômetro – quando usado fora UTI/CC (por uso)	106,05

### 19.3 Monitorações (quando fora do Centro Cirúrgico, UCI e UTI)

As monitorações que não constarem em pacotes serão remuneradas conforme segue abaixo:

Nº	Descrição	Valor R\$
1	Monitorização Débito Cardíaco (por dia)	66,89
2	Monitorização Débito Cardíaco (por hora)	2,61
3	Monitorização Mecânica Pulmonar (por dia)	66,89
4	Monitorização Mecânica Pulmonar (por hora)	2,61
5	Monitorização Pressão Arterial Pulmonar (por dia)	66,89
6	Monitorização Pressão Arterial Pulmonar (por hora)	2,61
7	Monitorização Pressão intracraniana (por dia)	66,89
8	Monitorização Pressão intracraniana (por hora)	2,61

## 20. EXAMES LABORATORIAIS

20.1 A valoração dos Exames laboratoriais terá como base a Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM – 2018) e será calculada de acordo com o Comunicado Oficial CBHPM de 1º agosto outubro de 2003 (UCO: R\$ 11,50). No caso de procedimentos não constantes dessa tabela, serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação deste referencial.

20.2 Os exames laboratoriais relacionados abaixo serão remunerados da seguinte forma:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	40314002	Exame Toxicológico para obtenção/mudança de categoria de CNH, para motorista militar	140,00
2	40309527	Pesquisa por RT – PCR SARS COV 2	250,00
3	40503441	Exame de sequenciamento de mutação específica no gene BRCA 1	700,00
4	40503442	Exame de sequenciamento de mutação específica no gene BRCA 2	700,00
5	403069014	Pesquisa de Antígeno para COVID-19 (Swab)	120,00

## 21. PORTES ANESTÉSICOS

21.1 A classificação dos portes anestésicos para cada procedimento cirúrgico se dará conforme tabela CBHPM 2018, sendo os honorários do anestesista serão remunerados conforme tabela abaixo:

Nº	Código	Porte Anestésico	Valor R\$
1	59000002	Porte Anestésico 1	347,59
2	59000003	Porte Anestésico 2	509,74
3	59000004	Porte Anestésico 3	748,83
4	59000005	Porte Anestésico 4	1.117,17
5	59000006	Porte Anestésico 5	1.712,64
6	59000007	Porte Anestésico 6	2.276,06
7	59000008	Porte Anestésico 7	3.238,31
8	59000009	Porte Anestésico 8	3.848,91

21.2 Para Exames e Porte 0, os honorários do anestesista serão remunerados conforme tabela abaixo:

Nº	Código	Porte Anestésico	Valor R\$
1	31602231	Endoscopia Digestiva ou Colonoscopia	544,00
2	31602240	Endoscopia Digestiva + Colonoscopia	763,00
3	31602274	Anestesia para exames de tomografia computadorizada	523,00
4	31602282	Anestesia para exames de ressonância magnética <b>(crianças até 12 anos e idosos acima de 65 anos)</b>	941,00
5	59000001	Implante de DIU	523,00
6	31602037	Facectomia	732,00

OBSERVAÇÃO: Porte 0 (zero) significa não participação do anestesista. Porte 01 (um) e porte 02 (dois) serão remunerados como porte 03 (três).

## 22. LISTA REFERENCIAL DE PREÇOS DE REMOÇÕES TERRESTRES

22.1 A **Evacuação Médica** será remunerada por evento, conforme tabela abaixo:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	10107023 90201000	Evacuação em ambulância de Suporte Básico (Ambulância TIPO B), no trecho Santa Cruz do Sul, RS/Porto Alegre, RS.	1.600,00
2	10107023 90201000	Evacuação em ambulância de Suporte Básico (Ambulância TIPO B), no trecho Santa Cruz do Sul, RS/Santa Maria, RS.	1.400,00
3	10107024 90202000	Evacuação em ambulância de Suporte Avançado (Ambulância TIPO D), no trecho Santa Cruz do Sul, RS/Porto Alegre, RS.	3.600,00
4	10107024 90202000	Evacuação em ambulância de Suporte Avançado (Ambulância TIPO D), no trecho Santa Cruz do Sul, RS/Santa Maria, RS.	3.400,00

### 23. PACOTES CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS

23.1 Para os pacotes de oftalmologia estão inclusos toda a parte hospitalar, exceto honorários médicos.

23.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com o Comunicado Oficial CBHPM de 18 de outubro de 2015, onde a Unidade de Custo Operacional (UCO) está incluída no pacote.

23.3 Quando for realizado procedimentos associados que contenham mais de um pacote dos descritos abaixo na mesma cirurgia, será pago o de maior valor integralmente, sendo que os demais serão valorados em 50% (cinquenta por cento) do valor contratado.

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	30306027	<b>Facetomia com Lente Intraocular</b> (inclui Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Cirurgia e de Recuperação); Taxas de Equipamentos (inclui Faco emulsificador e Microscópio Cirúrgico); Gasoterapia (inclui óculos nasal e benjoim); Monitorização Contínua; Material descartável; Medicamentos; Uso de amotolias; e Lente (MA60AC Alcon ou equivalente).	2.418,00
2	30306027	<b>Facetomia sem Lente Intraocular</b> (inclui Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Cirurgia e de Recuperação); Taxas de Equipamentos (inclui Faco emulsificador e Microscópio Cirúrgico); Gasoterapia (inclui óculos nasal e benjoim); Monitorização Contínua; Material descartável; Medicamentos; e Uso de amotolias). <b>(Beneficiário opta por lente de sua escolha mediante Termo de Ajuste Prévio)</b>	2.051,00
3	30304091	<b>Fotoablação de superfície convencional – PRK</b> (inclui taxas de sala e de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis) <b>OBS: autorizada somente com Parcer de Comissão de Ética</b>	1.664,00
4	30307120	<b>Vitrectomia</b> (inclui taxas de sala e de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis)	4.433,00
5	30310032	<b>Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas (Trabeculectomia)</b> (inclui taxas de sala e de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis)	826,00
6	30311047	<b>Estrabismo horizontal</b> (inclui taxas de sala e de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis)	788,00

7	30304156	<b>Cross-linking</b> , (inclui taxas de sala e de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis)	1.894,00
8	30307120 30306027	<b>Vitrectomia + Facectomia com Lente Intraocular</b> (inclui Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Cirurgia e de Recuperação); Taxas de Equipamentos (inclui Faco emulsificador e Microscópio Cirúrgico); Gasoterapia (inclui óculos nasal e benjoim); Monitorização Contínua; Material descartável; Medicamentos; Uso de amotolias; e Lente (MA60AC Alcon ou equivalentes).	5.181,00
9	30307147	<b>Tratamento Ocular Quimioterápico Antiangiogênico</b> (inclui taxas de sala e de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis)	1.909,95

## 24. EXAMES OFTALMOLÓGICOS, com honorários médicos inclusos:

24.1 A valoração dos Exames Oftalmológicos terá como base a Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM – 2018) e será calculada de acordo com o Comunicado Oficial CBHPM de 1º de agosto de 2003 e a Unidade de Custo Operacional ficou estabelecida em R\$ 11,50:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	41301250	Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) - monocular	35,79
2	40312404	Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) - binocular	70,45
3	41501128	Paquimetria ultra-sônica - monocular	37,98
4	40901332	Paquimetria ultra-sônica - binocular	74,17
5	40103137	Campimetria computadorizada - monocular	63,85
6	41301001	Campimetria computadorizada - binocular	118,15
7	41501012	Biometria ultra-sônica - monocular	55,98
8	40901331	Biometria ultra-sônica – binocular	110,17
9	41501144 41001500	Tomografia de coerência óptica (monocular ou binocular)	170,20
10	41301080	Ceratoscopia computadorizada - monocular	73,80
11		Ceratoscopia computadorizada - binocular	140,47
12	41301323	Tonometria - binocular	21,75
13	41301307	Potencial de acuidade visual - monocular	20,37
14		Potencial de acuidade visual - binocular	39,43
15	41301269	Microscopia especular de córnea - monocular	90,94
16	40312403	Microscopia especular de córnea - binocular	169,60
17	41301315	Retinografia monocular	43,94
18	40312402	Retinografia binocular	79,51
19	41301013	Angiofluoresceinografia – monocular	84,50

20	41301021	Angiofluoresceinografia - binocular	158,65
21	41301242	Gonioscopia - binocular	20,14
22	41301200	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular	17,61

## 25. PACOTES PARA EXAMES ENDOSCÓPICOS

25.1 Para os pacotes estão inclusos toda a parte hospitalar, exceto honorários médicos.

25.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com nr 4.2 e 27.1, onde a Unidade de Custo Operacional (UCO) está incluída no pacote.

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	402011000	<b>Endoscopia</b> (Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Procedimento ambulatorial e de Observação); Taxas de Equipamentos (inclui Aparelho de Endoscopia); Medicamentos; Material descartável; Uso de amotolias e pinça para biópsia).	281,00
2	40202666	<b>Colonoscopia</b> (Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Procedimento ambulatorial e de Observação); Taxas de Equipamentos (inclui Aparelho de Colonoscopia); Medicamentos; Material descartável; e Uso de amotolias).	346,00
3	40202666 40202038	<b>Colonoscopia + Endoscopia</b> (Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Procedimento ambulatorial e de Observação); Taxas de Equipamentos (inclui Aparelho de Endoscopia e de Colonoscopia); Medicamentos; Material descartável; Uso de amotolias e pinça para biópsia).	435,00

## 26. PACOTES PARA EXAMES AMBULATORIAIS

26.1 Para os pacotes de procedimentos ambulatoriais estão inclusos toda a parte hospitalar.

26.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com o Comunicado Oficial CBHPM de 1º de Outubro de 2008, onde a Unidade de Custo Operacional (UCO) estabelecida em R\$ 11,50:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	41001017	<b>Tomografia computadorizada diagnóstica com contraste</b> (Pág 194 e seguinte da CBHPM 2016), excluído o porte do exame, o filme ou documentação e o custo operacional (UCO), inclui equipamento de proteção individual (EPI), soros e soluções, contraste e material	220,00
2	411011003	<b>Ressonância Magnética Diagnóstica com contraste</b> (4.11.01.00-6) (Pág 196 e seguinte da CBHPM 2016), excluído o porte do exame, o filme ou documentação e o custo operacional (UCO), inclui equipamento de proteção individual (EPI), soros e soluções, contraste e material	180,00
3		<b>Ecocardiograma com Estresse Farmacológico com Dipiridamol</b> (Inclui taxas de sala, duas ampolas atropina, duas seringas 20 ml, cinco agulhas 40x12, um soro fisiológico 250 ml, uma ampola aminofilina, oito ampolas dipiridamol, uma seringa 10 ml, uma seringa de 5 ml, uma torneira 3 vias, um abocath jelco, um	80,85

		extensor e uma ampola metoprolol. Exclui Porte, UCO e Filme ou Doc)	
4		<b>Ecocardiograma com Estresse Farmacológico com Dobutamina</b> (Inclui taxas de sala, duas ampolas atropina, uma ampola de dobutamina, duas seringas 20 ml, uma seringa de 3ml, três agulhas 40x12, um equipo, um soro fisiológico 250 ml, uma torneira 3 vias, um abocath jelco, um extensor e um soro glicosado de 250ml. Exclui Porte, UCO e Filme ou Doc)	54,60
5		<b>Ecocardiograma Transesofágico</b> (Inclui taxas de sala, uma seringa 20 ml, quatro agulhas 40x12, um soro fisiológico 250 ml, uma seringa 10ml, uma ampola midazolam 15mg, um abocath jelco, um extensor, uma ampola flumazenil, lídoína e um campo operatório. Exclui Porte, UCO e Filme ou Doc)	30,24
6		<b>Ecodopplercardiograma Transcraniano</b> (Inclui taxas de sala, três agulhas 40x12, um soro fisiológico 250 ml, três seringas 10ml, uma torneira 3 vias, um abocath jelco, um extensor. Exclui Porte, UCO e Filme ou Doc)	15,44
7		<b>Ecodopplercardiograma sob estresse físico ou farmacológico com contraste</b> (Inclui taxas de sala, contraste, duas ampolas de atropina, duas seringas 20ml, uma seringa 3 ml, cinco agulhas 40x12, um soro fisiológico 250 ml, uma ampola de aminofilina, 8 ampolas de dipiridamol, uma seringa 10ml, uma seringa 5ml, uma torneira 3 vias, um abocath jelco, um extensor, uma ampola metoprolol. Exclui Porte, UCO e Filme ou Doc)	238,14
8		<b>Ecodopplercardiograma com contraste para perfusão miocárdica em repouso</b> (Inclui taxas de sala, contraste, duas seringas 20ml, uma seringa 3 ml, cinco agulhas 40x12, um soro fisiológico 250 ml, uma seringa 10ml, uma seringa 5ml, uma torneira 3 vias, um abocath jelco, um extensor. Exclui Porte, UCO e Filme ou Doc)	172,52
9		<b>Ecocardiograma com contraste intracavitário</b> (Inclui taxas de sala, uma seringa 20ml, quatro agulhas 40x12, um soro fisiológico 250 ml, três seringas 10ml, uma torneira 3 vias, um abocath jelco, um extensor. Exclui Porte, UCO e Filme ou Doc)	10,00

26.3 Para os pacotes de procedimentos ambulatoriais estão inclusos toda a parte hospitalar, honorários médico e UCO:

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	40901084	Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores	396,00

## 27. PACOTES DE HONORÁRIOS MÉDICOS

27.1 Para os pacotes abaixo estão inclusos somente os honorários médicos.

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
----	--------	-----------	-----------

1	10103023	<b>Atendimento ao recém-nascido em sala de parto</b> – pacote de honorários médicos pediatra (parto normal ou operatório), inclui visitas até três dias, independente do tipo de acomodação hospitalar. Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia, será feita guia de internação com o diagnóstico da patologia e fixado o porte, a partir daí correspondente a uma visita hospitalar por dia até a alta, de acordo com o código CBHPM 1.01.02.01-9)	970,00
2	31309054 31309127	<b>Parto (via baixa ou cesariana)</b> – pacote de honorários médicos obstetra assistente (feto único ou múltiplo), independente do tipo de acomodação hospitalar.	1.540,00
3	40202038	Honorários Médicos, do médico assistente, para Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia (CBHPM 4.02.02.03-8)	218,00
4	40202666	Honorários Médicos, do médico assistente, para Colonoscopia com biópsia e/ou citologia (CBHPM 4.02.02.66-6)	364,00

## 28. PACOTES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

28.1 Para os pacotes estão inclusos toda a parte hospitalar, exceto honorários médicos.

28.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com os nr 4., 21. e 27., onde a Unidade de Custo Operacional (UCO) está incluída no pacote.

28.3 Quando for realizado o cateterismo associado a angioplastia, será valorado somente o pacote de maior porte.

Nº	Código	Descrição	Valor R\$
1	50011051	<b>Cesariana – pacote diárias, taxas, materiais, medicamentos</b> (inclui Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Parto e de Recuperação); Taxas de Equipamentos (inclui Aspirador, Berço aquecido, Bisturi Eletro cauterio); Gasoterapia (inclui óculos nasal e benjoim); Monitorização Contínua; Material descartável; Medicamentos; Uso de amotolias; Admissão do recém-nascido (inclui cotonetes, gazes, pulseira de identificação, Kanakion, nitrato de prata, seringa descartável, solução fisiológica, sonda nasogástrica, sabonete líquido, algodão, álcool, argirol 10%, clamp umbilical, álcool 70%, agulha 25x7, EPI); Heparinização; Sondagem vesical; Tricotomia; HGT – glicemia capilar; Punção de acesso venoso; e O2 (duas) diárias em Quarto Privativo (inclui incubadora, berço ou berço aquecido).	2.830,00
2	50011041	<b>Cateterismo Cardíaco</b> (Equipamento de Proteção Individual (EPI); Taxas de Sala (de Angiografia e de Recuperação); Taxas de Equipamentos (inclui bomba injetora de contraste e intensificador de imagem); Gasoterapia (inclui óculos nasal e benjoim); Monitorização Contínua; Material descartável; Medicamentos; Uso de amotolias; Tricotomia; HGT – glicemia capilar; Punção de acesso venoso; 03 (três) Cateter Diagonal 5F/6F/7F (JL-JR-Pig Tail); 01 (um) Fio Guia J 0,35-145 cm; 01 (um) Indutor Valvulado 5/6/7/8F; 01 (um) Manifold 3 ou 5 vias; e 01 (um) Transdutor de Pressão).	2.696,00
3	50011041	<b>Angioplastia Coronariana</b> (Equipamento de Proteção Individual (EPI);	4.196,00

	Taxas de Sala (de Angiografia); Taxas de Equipamentos (inclui bomba injetora de contraste e intensificador de imagem); Gasoterapia (inclui óculos nasal e benjoim); Monitorização Contínua; Material descartável; Medicamentos; Uso de amotolias; Tricotomia; HGT – glicemia capilar; Punção de acesso venoso; Cateter Balão Coronário; Cateter Guia (JL-JR); Fio Guia J 0,35-145 cm; Guia para Angioplastia 0,014; Ineflator; Introdutor Valvulado 5/6/7/8F; Transdutor de pressão; e Válvula Hemostática. Observação: O STENT CORONÁRIO, seguirá o protocolo para utilização de OPME).	
--	--	--

## **29. ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE (HOME CARE)**

29.1. Para ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE (HOME CARE), a indenização será conforme descrito nas tabelas abaixo:

<b>HOME CARE - HONORÁRIOS</b>		
DESCRIÇÃO	COBRANÇA	VALOR
Consulta médica Generalista	Por atendimento	R\$ 259,73
Atendimento médico de urgência (APH) e intercorrência	Por atendimento	R\$ 367,95
Nutricionista - domiciliar	Por atendimento	R\$ 65,74
Fisioterapia - domiciliar	Por atendimento	Tabela CREDITO com CHF 0,20
Terapia Ocupacional - domiciliar	Por atendimento	R\$ 65,75
Fonoterapia individual, por sessão - domiciliar	Por atendimento	R\$ 75,81
Psicoterapia individual, por sessão - domiciliar	Por atendimento	R\$ 87,65
Assistente Social – domiciliar	Por atendimento	R\$ 63,03

<b>HOME CARE - Medicamentos, Materiais descartáveis e Dietas</b>		
DESCRIÇÃO	COBRANÇA	VALOR
Medicamentos	Com autorização prévia	Teto: Tabela CMED PF
Materiais descartáveis	Com autorização prévia	Teto: Brasíndice PF
Dietas Industrializadas	Com autorização prévia	Tabela referencial de Dietas
Nutrição Parenteral	Com autorização prévia	Nota Fiscal + 18%
Dietas não constantes na tabela referencial de dietas	Com autorização prévia	Nota Fiscal + 18%

<b>HOME CARE – Taxas de uso de Equipamentos</b>		
DESCRIÇÃO	COBRANÇA	VALOR
CPAP solo LX	Por dia de uso.	R\$ 12,89
VPAP auto	Por dia de uso.	R\$ 54,90
BIPAP Pró	Por dia de uso.	R\$ 52,92
BIPAP Synchrony / Vpap STA	Por dia de uso.	R\$ 74,52

Respirador LTV 1000	Por dia de uso.	R\$ 194,40
Respirador Stellar 150	Por dia de uso.	R\$ 162,00
Respirador VS III	Por dia de uso.	R\$ 162,00
Respirador LTV 1200 / TRILOGY	Por dia de uso.	R\$ 194,40
Base Aquecida	-----	Incluso na taxa do respirador CPAP/BIPAP
Ambú	-----	Incluso na Diária
Andador articulado	Por dia de uso.	Não autorizado
Aparelho elétrico para nebulização	-----	Incluso na Diária
Aparelho advantage	-----	Incluso na Diária
Aspirador de secreção cirúrgico	-----	Incluso na Diária
Aspirador de secreção elétrico	-----	Incluso na Diária
Aspirador venturi	-----	Incluso na Diária
balança digital pediátrica	-----	Incluso na Diária
Balança digital manual	-----	Incluso na Diária
Berço hospitalar manual	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar o berço será incluído na diária.	Incluso na Diária
Bomba de infusão HARTMAN ou LIFEMED p/dieta e medicação ou	Por dia de uso.	R\$ 1,83
Cadeira de rodas dobrável simples 80 kg Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.	Por dia de uso.	R\$ 1,57
Cadeira de rodas p/obeso 180 kg Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.	Por dia de uso.	R\$ 8,30
Cadeira de rodas reclinável c/perna elevável KR Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.	Por dia de uso.	R\$ 8,30
Cadeira higiênica c/braço fixo 80 kg Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cadeira será incluída na diária.	Incluso na Diária
Cadeira higiênica c/braço móvel obeso 120 kg Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cadeira será incluída na diária	Incluso na Diária
Cadeira higiênica c/braço removível 100 kg Autorizado apenas para regime de internação domiciliar.	Por dia de uso. com prévia autorização.	Incluso na Diária
Cama hospitalar manual 1,90	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cama será incluída na diária.	Incluso na Diária
Cama hospitalar manual 2,1 x 0,9	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a cama será incluída na diária.	Incluso na Diária
Cama hospitalar motorizada 2 movimentos	Por dia de uso, com prévia autorização.	Incluso na Diária
Cama hospitalar motorizada 3 movimentos	Por dia de uso, com prévia	Incluso na Diária

	autorização.	
Cama hospitalar motorizada para obeso até 180 kg	Por dia de uso, com prévia autorização.	Incluso na Diária
Carrinho para transporte cilindro de 1m <sup>3</sup>	-----	Incluso no torpedo de oxigênio
Escada 2 degraus	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar a escada será incluída na diária.	Incluso na Diária
Guincho elétrico freedom GUINDASTE MOTORIZADO	Por dia de uso.	R\$ 11,21
Inalador elétrico	Por dia de uso.	R\$ 2,08
Mesa para refeição	-----	Incluso na Diária
Muleta axilar (par)	-----	Responsabilidade da família. Não autorizado.
No-break e Oxímetro	-----	Incluso na Diária
Suporte de soro móvel	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar o suporte será incluído na diária.	Incluso na Diária
Suporte para soro rodas (bomba de infusão)	Por dia de uso. Se houver internação domiciliar o suporte será incluído na diária.	Incluso na Diária
Trapézio	Por dia de uso.	Não autorizado
Cilindro de Transporte Oxigênio de 1 m <sup>3</sup> - 4 m <sup>3</sup> com umidificador	Diária	R\$ 3,97

HOME CARE – Taxas de Serviço		
DESCRIÇÃO	COBRANÇA	VALOR
Enfermeira Generalista	Por atendimento.	R\$ 96,59
Enfermeira urgência/emergência	Por atendimento/ mediante justificativa.	R\$ 124,77

HOME CARE – Internação Domiciliar		
DESCRIÇÃO	COBRANÇA	VALOR
Módulo de atendimento 6 horas, em Santa Cruz do Sul	Por dia de atendimento. Técnico de Enfermagem 6 horas diárias, visita médica mensal, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora ou respiratória até 2 sessões por semana, fonoaudiólogo até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar do desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas	R\$ 173,00
Módulo de atendimento 12 horas, em Santa Cruz do Sul	Por dia atendimento. Técnico de enfermagem 12 horas diárias, visita médica mensal, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora e respiratória até 3 sessões por semana, fonoaudiólogo até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional visita mensal,	R\$ 299,03

	orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.	
Módulo de atendimento 24 horas, em Santa Cruz do Sul	Por dia atendimento Técnico de enfermagem 24 horas diárias, visita médica 2 mensais, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora e respiratória até 5 sessões por semana, fonoaudiólogo até 5 sessões por semana avaliação acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 503,08
Módulo de atendimento 24 horas com ventilação mecânica adulto ou pediátrica, em Santa Cruz do Sul	Por dia atendimento. Técnico de enfermagem 24 horas diárias, visita médica até 4 mensais, visita de enfermagem motora e respiratória até 7 sessões por semana, materiais acessórios para suporte de oxigenioterapia (cilindro, concentrador e oxímetro de pulso), consumo de O2 medicinal, respiradores BIPAP OU CPAP e seus respectivos circuitos e filtros, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 534,13
Assistência Multidisciplinar 2 horas em Santa Cruz do Sul	Por dia atendimento. Visita médica 1 vez por mês , visita da enfermeira 2 vezes por mês, técnico de enfermagem 2 horas diárias para realização de higienização corporal, inclusive banho no leito, curativos de baixa complexidade, orientação à família e identificação do cuidado, treinamento do familiar para desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas.	R\$ 88,64
Medicação 4/4 e 6/6 horas	Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 170,46
Medicação de 8/8 horas	Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 136,36
Medicação de 12/12 e 24/24 horas	Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 56,83

**29.2. Observação 1:** A inclusão, a classificação e, a mudança de complexidade do paciente será mediante avaliação do médico militar do 7º BIB. Assim como a alta do serviço domiciliar. O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.

**29.3. Observação 2:** Observação 4: Os atendimentos em fonoaudiologia, fisioterapia, nutricionista, psicologia serão mediante autorização prévia.

## INSTRUÇÕES GERAIS

### 1. DIÁRIAS

1.1. Diária Hospitalar fica definida como a permanência de um paciente no leito hospitalar por um período indivisível de no mínimo 12 horas e de no máximo 24 horas, em uma instituição hospitalar.

As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 Horas (meio-dia). As acomodações comuns ficam assim definidas:

a. **Quarto Privativo:** aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, telefone (exceto a tarifa), televisão, ar-condicionado e frigobar. Inclui o café da manhã para o acompanhante;

b. **Quarto Semiprivativo:** aposento com banheiro, acomodação para no máximo de 02 (dois) pacientes, com televisão e ar-condicionado. Inclui o café da manhã para o acompanhante;

c. **Berçário:** sistema de alojamento conjunto, em leito próprio (incubadora, berço aquecido, berço), orientação nutricional durante a internação e no momento da alta e dieta por via oral (fórmula láctea infantil);

d. **Day Clinic:** permanência no leito hospitalar de zero até 12 horas ou em Sala de Observação Ambulatorial de 6 horas até 12 horas sendo que, neste caso, não será cobrada a taxa de Sala de Observação;

e. **Unidade de Tratamento Intensivo (UTI):** acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, adulto ou pediátrico, com presença médica permanente;

f. **Unidade de Cuidados Intermediários (UCI):** ou Semi-intensiva, acomodação que se destina a pacientes com discreto grau de instabilidade, sem apresentar, no entanto, condições que justifiquem internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), adulto ou pediátrico; e

g. **Diárias com Isolamento de vias aéreas:** alojamento especial para acomodação de pacientes imunodeprimidos ou com doença infectocontagiosa, por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar, homologada por médico militar. Quando houver necessidade de isolamento do paciente, o valor da diária corresponderá ao da diária do Quarto Privativo ou UTI, acrescido de 30% (trinta por cento). Neste caso será necessário adaptar o aposento ao isolamento e a cobrança deverá ser por taxa diária, incluindo assim o uso dos EPI dos funcionários e visitantes.

1.2 As diárias do Quarto Privativo, Quarto Semiprivativo, Berçário e Day Clinic incluem:

- a. Salário e encargos do quadro de pessoal fixo da unidade;
- b. Limpeza e manutenção do aposento;
- c. Depreciação do prédio e de equipamentos permanentes;
- d. Outros custos recebidos por rateios;
- e. Aposento com leito próprio (cama ou berço) e demais materiais permanentes (suporte de soro, aparadeira, escadinha, cadeira);
- f. Troca de roupa de cama e banho;
- g. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção de materiais e equipamentos permanentes do aposento;
- h. Uso da Central de oxigênio, ar comprimido, aspirador a vácuo, fluxômetro e umidificador;
- i. Uso de tensiômetro, termômetro, estetoscópio;
- j. Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (gástricas, enterais, gastrostomia e jejunostomia), dietas parenterais e suplementos alimentares;
- k. Registros hospitalares (boletim de internação e alta, prontuário médico, relatórios resumo de alta);
- l. Consumo de eletricidade e água;
- m. Taxa de expediente;

n. Cuidados de enfermagem descritos a seguir:

- 1) Administração de medicamentos por todas as vias;
- 2) Controle de sinais vitais;
- 3) Controle de peso;
- 4) Mudanças de decúbito;
- 5) Locomoção interna do paciente;
- 6) Cuidados e higiene pessoal do paciente;
- 7) Medida de débitos (urinário, balanço hídrico, fístulas e sondas) ;
- 8) Troca de fraldas;
- 9) Preparo de corpo em caso de óbito;
- 10) Transporte de equipamentos (Raios-X, ECG, EEG, Ultrassom etc.);
- 11) Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- 12) Sondagens gástricas e vesicais;
- 13) Aspirações;
- 14) Controle de aspiração contínua;
- 15) Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclistma, lavagem gástrica, tricotomia, etc); e
- 16) Preparo de inalações.

o. Equipamentos de Proteção Individual (inclusive nos casos em que o paciente necessitar de isolamento de contato);

p. Plantão médico;

q. Atendimentos de Intercorrências pelo médico plantonista

r. Dietoterapia, avaliação Oral, Enteral ou Parenteral; e

s. Orientação Nutricional no momento da alta.

1.3 As diárias do Quarto Privativo, Quarto Semiprivativo, Berçário e Day Clinic não incluem:

- a. Materiais não especificados anteriormente;
- b. Medicamentos;
- c. Uso de equipamentos não especificados anteriormente;
- d. Honorários Médicos;
- e. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);
- f. Gases medicinais; e
- g. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

1.4. Nos casos em que o paciente for transferido para a UCI ou para UTI, o quarto da Unidade de Internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado. Caso os responsáveis pelo paciente resolvam permanecer no quarto, estes deverão assumir os custos junto ao Hospital.

1.5. As diárias em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) incluem:

- a. Leito (cama ou berço) e demais materiais permanentes (suporte de soro, aparadeira, escadinha, cadeira);
- b. Salário e encargos do quadro de pessoal fixo da unidade;
- c. Higienização e manutenção do ambiente e dos equipamentos;
- d. Depreciação/manutenção/seguro do prédio e de equipamentos permanentes;
- e. Troca de roupa de cama/banho do paciente;
- f. Esterilização de materiais;
- g. Uso da estrutura da Central de oxigênio, ar comprimido, aspirador a vácuo, fluxômetro e umidificador;
- h. Uso de tensiômetro, termômetro, estetoscópio;
- i. Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (gástricas, enterais, gastrostomia e jejunostomia), dietas parenterais e suplementos alimentares;
- j. Registros hospitalares (boletim de internação e alta, prontuário médico, relatórios resumo de alta);
- k. Consumo de eletricidade e água;
- l. Médico intensivista plantonista;
- m. Custo para tratamento de resíduos hospitalares;
- n. Material de expediente e segurança (Equipamentos de Proteção Individual – EPIs);
- o. Materiais de rotina diária;
- p. Custo da estrutura de suporte;
- q. Taxa administrativa;
- r. Orientação Nutricional no momento da alta;
- s. Equipamento de Proteção Individual (inclusive nos casos em que o paciente necessitar de isolamento de contato);
- t. Cuidados de enfermagem descritos a seguir:
  - 1) Administração de medicamentos por todas as vias;
  - 2) Controle de sinais vitais;
  - 3) Controle de peso;
  - 4) Mudanças de decúbito;
  - 5) Locomoção interna do paciente;
  - 6) Cuidados e higiene pessoal do paciente;
  - 7) Medida de débitos (urinário, balanço hídrico, fístulas e sondas) ;
  - 8) Troca de fraldas;
  - 9) Preparo de corpo em caso de óbito;
  - 10) Transporte de equipamentos (Raios-X, ECG, EEG, Ultrassom etc.);
  - 11) Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
  - 12) Sondagens gástricas e vesicais;
  - 13) Aspirações;

- 14) Controle de aspiração contínua;
  - 15) Preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, lavagem gástrica, tricotomia, etc); e
  - 16) Preparo de inalações.
- u. Equipamentos de Proteção Individual (inclusive nos casos em que o paciente necessitar de isolamento de contato);
- v. Uso dos seguintes equipamentos:
- 1) Desfibrilador/cardioversor;
  - 2) Nebulizador;
  - 3) Aspirador à vácuo;
  - 4) Até 5 (cinco) bombas de infusão simultâneas;
  - 5) Pressão intra-abdominal (PIA);
  - 6) Monitorização contínua do paciente (capnógrafo, frequência respiratória, frequência cardíaca, oxímetro, pressão arterial não invasiva, pressão arterial invasiva, pressão venosa central (PVC), temperatura, pressão intracraniana (PIC), cabos e acessórios;
  - 7) Ventilador Mecânico, CPAP, BPAP, inclui circuitos respiratórios, traqueias, conexões e filtro umidificador bacteriano e viral com traqueia; e
  - 8) Monitorização por cateter de SWAN-GANZ.

1.6. As diárias em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) não incluem:

- a. Materiais e equipamentos não especificados anteriormente;
- b. Medicamentos;
- c. Honorários de médicos assistentes especialistas;
- d. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);
- e. Gases medicinais; e
- f. Outros itens não especificados na diária.

## **2. TAXAS**

2.1. As Taxas de Sala de Cirurgia serão pagas conforme o Porte Anestésico.

2.2 As Cirurgias ambulatoriais serão pagas com Taxa de Sala Ambulatorial ou Porte 0 (zero).

2.3 Quando forem realizadas duas ou mais cirurgias, apenas a taxa de sala da cirurgia de maior porte será paga.

2.5 A Taxa de Sala de Cirurgia inclui o uso da sala de cirurgia, da mesa operatória, mesas auxiliares, suportes de soro, roupa (roupas e campos cirúrgicos), hamper, material permanente de entubação, serviço de enfermagem do procedimento, assepsia e antisepsia (equipe e paciente), focos, guias de focos, escada, monitorização do paciente, instrumental básico para cirurgia, uso do carro de anestesia, respirador, capnógrafo, PNI, aspirador, oxímetro, monitor cardíaco, cardioversor, bisturi elétrico bomba de infusão, tensiômetro, estetoscópio, termômetro, aspirador elétrico ou a vácuo, esterilização e desinfecção de instrumentais, filtro umidificador bacteriano e viral com traqueia, placa de eletrocautério, locomoção do paciente, instrumentador, circulantes de sala, serventes, auxiliares administrativos, materiais re-esterilizáveis e insumos (álcool, álcool iodado,

algodão hidrófilo, água oxigenada, éter, polvidine, soapex, esparadrapo, micropore, gazes, compressas cirúrgicas, gorro, máscara, propés, borracha do aspirador, luva de procedimento e luva cirúrgica estéril), Equipamento de Proteção Individual (EPI) e outros materiais de consumo (descartáveis ou não).

2.6 Sala para Serviço de Enfermagem ou Imobilização não gessada: contemplam o uso de rouparia, serviço de enfermagem, mesas, macas, camas, negatoscópio, antissepsias da sala e instrumental básico, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e outros materiais de consumo (descartáveis ou não).

2.7 Sala de Recuperação: será cobrada por uso, até 4 (quatro) horas. Nas horas subsequentes, o valor por hora será dividido por minutos. Inclui instalações permanentes, rouparia, monitorização sinais vitais – TPR, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e outros materiais de consumo (descartáveis ou não).

2.8 Sala de observação Ambulatório ou Pronto Socorro: será devida quando o paciente permanecer em observação no Setor de Emergência por indicação médica. Contempla o uso de rouparia, serviço de enfermagem, mesas, macas, camas, antissepsias da sala e instrumental básico, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e outros materiais de consumo (descartáveis ou não). Não será devida quando o paciente apenas estiver aguardando resultados de exames ou apenas receber medicação via oral.

2.9 Sala para aplicação de medicamentos: será devida quando o paciente necessitar de administração de medicamentos por via intramuscular.

2.10 Nas Taxas de Sala não estão inclusos: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), serviços de hemoterapia, gases anestésicos e oxigênio, medicamentos e equipamentos ou aparelhos que não estiverem especificados como incluso na referida taxa.

### **3. PRESCRIÇÕES DIVERSAS**

3.1 Gasoterapia: A utilização de gases medicinais durante a internação ou atendimento ambulatorial será quantificada conforme anotação em prontuário, sendo usado como referência o valor equivalente a uma hora de consumo, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada.

3.2. Os medicamentos não restritos, restritos, soros e soluções serão pagos pela Tabela CMED (ICMS RS), pelo Preço de fábrica como teto.

3.3. Os materiais hospitalares serão pagos pelo Preço de Fábrica (PF) do Guia Brasíndice; os materiais não constantes nos Guias Brasíndice serão pagos de acordo com a Tabela Referencial.

3.4. Para a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão levantados, no mínimo, 03 (três) orçamentos de fornecedores distintos. Os orçamentos serão submetidos à auditoria prévia e, caso autorizados, serão pagos com margem de operacionalização de 15% (quinze por cento). Nos casos de emergência ou comprovada urgência, nos quais o atendimento e/ou procedimento for ser realizado pela OCS, deverá ser, no primeiro dia útil, informado à CONTRATANTE. O orçamento original do fornecedor/distribuidor deve conter:

- a. Identificação do fornecedor;
- b. Data do orçamento;
- c. Descrição detalhada do item solicitado (tamanho, espessura, comprimento);
- d. Registro ANVISA do produto;
- e. Marca do item (fabricante);
- f. Valor de custo em reais;

g. Nome do cliente para o qual o material está sendo solicitado; e

h. Médico solicitante.

3.5. Os itens que tem seu valor fixado por hora (Taxas de Sala, Gasoterapia, Monitorizações, etc...), serão divididos por minuto sempre que não for completada a hora cheia (60 minutos).

3.6. Para os Materiais Descartáveis será seguido o prescrito nas Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde, publicadas pela ANVISA.

3.7. Para os Materiais Especiais Reprocessados devem ser apresentadas as respectivas etiquetas de reprocessamento.

3.8. Para as OPME de uso único devem ser apresentadas as respectivas etiquetas e a Nota Fiscal.

3.9. Pacotes de procedimentos e a Tabela Referencial poderão ser modificadas após parecer da Diretoria de Saúde.

3.10. A utilização de medicamentos, materiais e dietas, cujo custo unitário seja superior a R\$ 700,00 (setecentos reais), necessita autorização prévia, independente da quantidade a ser utilizada. A autorização deverá ser solicitada pela CONTRATADA pelo e-mail [auditoriamedica@7bib.eb.mil.br](mailto:auditoriamedica@7bib.eb.mil.br).

#### **4. SERVIÇO DE AUDITORIA**

4.1. O 7º Batalhão de Infantaria Blindado possui constituído, o Serviço de Auditoria Médica.

4.2. Os procedimentos a serem adotados pelo Serviço de Auditoria para o processo de auditoria das contas médicas geradas por encaminhamentos, seguem as orientações da Norma Técnica sobre Auditoria Médica no Exército Brasileiro e no Manual de Auditoria Médica do Exército Brasileiro.

#### **5. VALORAÇÃO DOS ATOS MÉDICOS**

As presentes instruções tem por finalidade estabelecer critérios que possam servir de referência para estabelecer a valoração dos atos médicos. Elas tem por base a Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM - 2018) e sintetiza as instruções gerais das diferentes Edições da Classificação citada.

##### **5.1. Condições de Internação**

a. Estas instruções constituem referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria ou quartos com dois ou mais leitos) entretanto, não fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em “hospital-dia” ou UTI.

b. Quando o paciente voluntariamente internar-se em ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES, diferentes das previstas, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, formalizada através do “Termo de Ajuste Prévio”.

##### **5.2. Atendimento de Urgência e/ou Emergência Médica**

a. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de 30% (trinta por cento) em seus portes nas seguintes eventualidades:

1) No período compreendido entre as 19 horas e 7 horas do dia seguinte;

2) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

b. Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

### 5.3. Valoração dos Atos Cirúrgicos

a. Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

b. Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

c. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

d. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

e. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

f. Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares (código 1.01.02.02-7), ou para as consultas em consultório (código 1.01.01.01-2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

g. Nos procedimentos videoassistidos, quando o equipamento pertencer à equipe médica, esta terá direito à taxa de uso de equipamento, valorada na coluna “Custo Operacional”. No entanto, quando o equipamento de vídeo pertencer ao hospital, essa valoração será remunerada em forma de “taxa”, negociada entre as partes interessadas.

### 5.4. Auxiliares de Cirurgia

a. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

b. Para os casos de urgência e emergência, a valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 60% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 40% para o segundo auxiliar e de 20% para o terceiro auxiliar e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

c. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

### 5.5. Consulta Médica – prazo de validade – reconsulta

a. A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).

b. Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado

como uma nova consulta. Se, porventura, este retorno ocorrer após o prazo de 20 (vinte) dias ou quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e dessa forma ser remunerada.

c. Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão ser cobradas.

#### **5.6. Instruções gerais específicas para métodos diagnósticos e intervencionistas por Imagem**

Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

#### **5.7. Instruções gerais específicas para anestesiologia**

a. O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalação de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que haja indicação de seguimento em UTI. Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiológico, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião.

b. Quando houver necessidade do concurso de anestesiológico em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na CBHPM, ou para os atos AN0, AN1 e AN2, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecido para o PORTE 3.

c. Nos atos cirúrgicos em que haja indicação de intervenção em outros órgãos através do mesmo orifício natural, a partir da MESMA VIA DE ACESSO ou dentro da MESMA CAVIDADE ANATÔMICA, o porte a ser atribuído ao trabalho do anestesiológico será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

d. Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos cirúrgicos diferentes através de outras incisões (exceto aquela complementar do ato principal) ou outros orifícios naturais, os portes relativos aos atos do anestesiológico serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.

e. Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, INEXISTINDO código específico na CBHPM, os atos praticados pelo anestesiológico serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.

f. Para os atos AN7 e AN8 ou naqueles nos quais seja utilizada Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 horas, o anestesiológico responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiológico), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiológico principal.

h. Não haverá valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em “hospital-dia” ou UTI, para o médico anestesiológico.

#### **5.8. Aplicação**

a. As solicitações, autorizações, bem como eventuais negativas de consultas, exames e procedimentos deverão ser sempre realizadas por escrito, tanto por parte dos médicos como do Serviço de Auditoria de Contas Médicas.

b. As interpretações referentes à aplicação destas Instruções serão efetuadas com

exclusividade pelo Serviço de Auditoria de Contas Médicas do 7º BIB, com apoio da Seção de Regulação, da 3ª Região Militar.

c. Cabe ao Serviço de Auditoria de Contas Médicas do 7º BIB, com apoio da Seção de Regulação da 3ª Região Militar, definir alterações nestas Instruções sempre que julgar necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nela estiver contido.

d. Procedimentos de tecnologia recente que estejam sendo introduzidos na prática médica, mas ainda não codificados na CBHPM – 2018, podem ser encaminhados entretanto, necessitam autorização prévia da Seção de Regulação 3ª Região Militar.

e. Serão seguidas as disposições específicas para os grupos de procedimentos que constam no corpo de cada capítulo correspondente, da Edição 2018 da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM – 2018).

## **CAPÍTULO II - Materiais descartáveis não cobertos pelo FuSEx**

- |   |   |
|---|---|
| 1) Absorvente Higiénico                               | 47) Filme endoscópio                                    |
| 2) Aconchego  | 48) Filtro respirador                                   |
| 3) Água oxigenada                                     | 49) Fiso-Hex, povidine                                  |
| 4) Algodão  | 50) Fitas de vídeo                                      |
| 5) Aquecedor e manta térmica                          | 51) Fixador de tubo traqueal                            |
| 6) Bacia plástica                                     | 52) Fixador externo                                     |
| 7) Band-aid   | 53) Formol  |
| 8) Bandeja para raquianestesia                        | 54) Frascos para exame                                  |
| 9) Blusas descartáveis                                | 55) Gaze radiopaca                                      |
| 10) Bolsa de água quente                              | 56) Gel para biométrica                                 |
| 11) Bom ar  | 57) Gerador de tecnécio                                 |
| 12) Bomba para ordenha                                | 58) Germipol  |
| 13) Borracha de silicone                              | 59) Gesso sintético                                     |
| 14) Borracha para aspirador                           | 60) Gorro, máscaras, porpés, aventais, capotes e calças |
| 15) Cabo bipolar                                      | 61) Imobilizador  |
| 16) Cadeira de apoio para banho                       | 62) Lâmina para tricotomia                              |
| 17) Calçados ortopédicos                              | 63) Látex extensor de O2                                |
| 18) Camisa para microcâmera                           | 64) Lençol descartável                                  |
| 19) Campo cirúrgico (operatório) descartável          | 65) Luva para aparelho de laparoscopia                  |
| 20) Caneta para bisturi descartável                   | 66) Manta   |
| 21) Cânula de Guedel                                  | 67) Manteiga de cacau                                   |
| 22) Capa para microscópio                             | 68) Máscara laríngea                                    |
| 23) Chuca/chupeta                                     | 69) Material de banho do RN                             |
| 24) Cidex   | 70) Meia elástica                                       |
| 25) Cinta lombar                                      | 71) Meia, cinta, atadura e calça elástica               |
| 26) Cloro hex   | 72) Mercúrio de prata                                   |
| 27) Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério       | 73) Micro por espaçador                                 |
| 28) Colete lombar                                     | 74) Muletas   |
| 29) Combi-red (tampa para soro)                       | 75) Muletas   |
| 30) Compressa cirúrgica                               | 76) Pasta gel   |
| 31) Conexão para aspiração, bomba e pressão           | 77) Pijama descartável                                  |
| 32) Conector  | 78) Plug adaptador macho                                |
| 33) Copo descartável                                  | 79) Sabonete  |
| 34) Cotonete – pagar apenas para oftalmologia         | 80) Sandália para gesso                                 |
| 35) Cotonóide – pagar apenas para neurologia          | 81) Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo       |
| 36) Creme dental                                      | 82) Sensor infantil neonatal                            |
| 37) Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado | 83) Sensor para oxímetro                                |
| 38) Despesa de frígobar                               | 84) Tapoin  |
| 39) Dispositivo anti-trombolítico                     | 85) Termômetro  |
| 40) Escova de degermação                              | 86) Termômetros   |
| 41) Escova de dente                                   | 87) Tipóias   |
| 42) Espéculo descartável                              | 88) Toalha descartável                                  |

43) Esponja para banho	89) Redutor Trocáter
44) Estabilizador de tornozelo	90) Esparadrapo
45) Éter benzina e tintura de iodo	91) Micropore
46) Faixa elástica pós-operatória	92) Tampa cone Luer

### **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. ALÇA DE POLIPECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
6. ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU: Será pago 1/5 do valor.
7. AORTIC PUNCH: Será pago valor integral.
8. APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR: Será pago para tricotomia em pré-operatório e no máximo 02 Unidades.
9. 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 .
10. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
11. BALÃO HIDROSTÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
12. BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.
13. BALÃO PNEUMÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
14. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
15. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
16. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.
17. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
18. BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.
19. BULL DOG: Não será pago.
20. CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF): Será pago 1/5 do valor.
21. CABO CONEXÃO – CONESÃO 603: Será pago 1/5 do valor.
22. CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.
23. CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH): Será pago 1/3 do valor.
24. CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.
25. 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.
26. CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
27. CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.
28. CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
29. CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
30. CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.
31. CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
32. CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.
33. CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.
34. CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
35. CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. A embalagem deverá ser anexada.
36. CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.
37. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.
38. CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.
39. CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.
40. CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.
41. CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.
42. CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
43. CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.
44. CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.

45. CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.
46. CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.
47. CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.
48. CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
49. CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.
50. CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.
51. CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.
52. CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.
53. CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.
54. 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).
55. CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.
56. CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.
57. CATETER MULTIPURPOSE: Será pago 1/4 do valor.
58. CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.
59. CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.
60. CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.
61. CATÉTER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.
62. SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.
63. CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
64. CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.
65. CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.
66. CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
67. CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.
68. CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
69. CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.
70. CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
71. CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.
72. CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
73. CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.
74. CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.
75. CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).
76. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
77. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
78. COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.
79. CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago 1/5 do valor.
80. CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.
81. CPAP NASAL: NÃO.
82. DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.
83. DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
84. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .
85. ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.
86. ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.
87. ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.
88. EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.
89. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
90. ESCLERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
91. ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.
92. EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
93. EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.
94. EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.
95. FAIXA SMARCH: Será paga 1/5.
96. FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
97. FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
98. FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.
99. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
100. FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA: Será pago 1/3 do valor.
101. FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.
102. FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarreia.

- 103.FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago valor integral se houver solicitação médica.
- 104.GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..
- 105.GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.
- 106.HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
- 107.Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
- 108.Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
- 109.Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado
- 110.INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago integral.
- 111.INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 112.INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 113.ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 114.JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias.Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .
- 115.KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
- 116.KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.
- 117.KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respectiva embalagem em anexo.
- 118.KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
- 119.KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
- 120.KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.
- 121.KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
- 122.LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
- 123.LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.
- 124.LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.
- 125.LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
- 126.MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.
- 127.MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.
- 128.MANTA CAREQUILT: NÃO.
- 129.MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.
- 130.MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40cm para acesso venoso de adulto 20cm para criança), ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
- 131.ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.
- 132.PAPILÓTOMA: Será pago 1/3 do valor.
- 133.PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
- 134.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.
- 135.PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
- 136.PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.
- 137.PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.
- 138.PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
- 139.PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.
- 140.PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
- 141.PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.
- 142.REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.
- 143.ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.
- 144.SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.
- 145.SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.
- 146.SERRA DE GIGLI: NÃO.
- 147.SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.
- 148.SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.
- 149.SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.
- 150.SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.
- 151.SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.
- 152.SONDA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.
- 153.SONDA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
- 154.SONDA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.

- 155.SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
- 156.SONDA 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.
- 157.STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 158.STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 159.SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.
- 160.TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.
- 161.TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.
- 162.TRANDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 163.TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.
- 164.TROCATER: Será pago valor integral.
- 165.TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
- 166.TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.
- 167.TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
- 168.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	Telebrix 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	Biligrama infusão	100 ml
Colangiografia com planigrafia	Biligrama 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
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.

**CAPÍTULO V – Classificação dos curativos para pagamento de taxas.**

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

**CURATIVOS ESPECIAIS:**

- Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo.
- Em situações especiais, deverá ser justificado.

Descrição do curativo	Freqüência de trocas
Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata	de 01 a 03 dias
Hidrocolóide, Hidrogel	de 01 a 07 dias

Santa Cruz do Sul, RS, na data da assinatura.

ORLANDO MATTOS SPARTA DE SOUZA – Cel  
Ordenador de Despesas do 7º Batalhão de Infantaria Blindado