

ANEXO V - Lista Referencial de Custos em Clínicas



MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO 2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE CONSTRUÇÃO (BATALHÃO HERÓIS DO JENIPAPO)

1. APRESENTAÇÃO

1.1 - Este documento discrimina as tabelas, índices e valores, e conceituações necessárias, dos serviços hospitalares objeto dos Credenciamentos de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, com o 2º Batalhão de Engenharia de Construção.

1.2 - Os serviços e respectivos valores estão apresentados na forma de pacotes contidos neste Anexo de Custos de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nas Tabelas referenciados no Edital de Credenciamento neste Anexo:

1A	13,59	5C	317,88	10B	1.052,43
1B	27,18	6A	346,41	10C	1.167,03
1C	40,76	6B	380,37	11A	1.236,24
2A	54,34	6C	415,70	11B	1.355,78
2B	73,35	7A	449,66	11C	1.446,81
2C	86,94	7B	497,20	12A	1.541,89
3A	119,46	7C	588,22	12B	1.657,38
3B	152,14	8A	635,78	12C	2.030,94
3C	173,88	8B	665,66	13A	2.234,71
4A	207,85	8C	706,43	13B	2.452,11
4B	228,21	9A	753,95	13C	2.711,56
4C	256,75	9B	821,89	14A	3.022,65
5A	277,12	9C	904,76	14B	3.287,56
5B	298,87	10A	971,33	14C	3.627,19

1.3 - A composição dos pacotes será discriminada dentro das respectivas Tabelas, sendo que, de forma geral contempla todos os recursos necessários à realização do atendimento.

1.4 - Para todos os serviços aqui acordados se faz necessária, para sua cobrança, a anexação da guia de autorização emitida pelo FUSEx acrescida nos casos de urgência/emergência, da solicitação homologada e autorizada pelos auditores do Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC.

1.5 – Aplica-se ao presente anexo, de forma complementar, as disposições contidas na legislação emanadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA e Conselhos de Classe pertinentes.

1.6 – O Referencial de custos de serviço de saúde deste anexo utiliza como parâmetro as tabelas próprias constantes neste anexo e os preços calculados com base nas cotações, Classificação Brasileira e Hierarquizada dos Procedimentos Médicos (CBHPM), Revista Brasíndice, revista SIMPRO e as recomendações do Colégio brasileiro de Radiologia.

2. CONCEITOS E TABELAS.

2.1 - PROCEDIMENTOS MÉDICOS

2.1.1 - HONORÁRIOS MÉDICOS - pagamento do procedimento executado pelo profissional responsável pelo atendimento do paciente. A Hierarquização de Procedimentos (CBHPM 5ª ED) foi elaborada para servir de referência e estabelecer faixas de valoração dos atos médicos/Portes, sendo que os Portes, ao lado de cada procedimento, estabelecem comparação entre diversos atos médicos realizados, com base em critérios técnicos, complexidade e tempo de execução.

2.1.2 - A tabela de referência para o **pagamento dos honorários médicos** é a CBHPM 5ª ED, **sem deflator**. Segue abaixo os valores dos Portes dos Procedimentos Médicos e a Unidade de Custo Operacional - UCO = R\$ 14,58

2.1.3 - Nas intervenções por **diferentes vias de acesso** será adicionado ao Porte da cirurgia principal o valor equivalente a **70% do Porte** de cada um dos demais atos praticados.

2.1.4 - Nas intervenções de **mesma via de acesso** será adicionado ao Porte da cirurgia principal o valor equivalente a **50% do Porte** de cada um dos demais atos praticados.

2.1.5 - Os honorários do anestesista mantêm correspondência com os Portes dos atos cirúrgicos. 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, instalações de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que o paciente tenha indicação de segmento em UTI.

2.1.6 - Os honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos serão pagos se efetivamente prestarem o serviço, sendo que o pagamento pelos serviços prestados poderá ser feito de forma independente dos honorários do cirurgião principal (temporalidade). São fixados nas seguintes proporções:

2.1.6.1 - Primeiro auxiliar: **30%** do ato cirúrgico praticado pelo cirurgião;

2.1.6.2 - Segundo e terceiro auxiliares: **20%** quando o ato exigir.

2.1.7 - A **comprovação da participação de auxiliares** deverá ser realizada por meios dos documentos de registro do ato cirúrgico tais como Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia, Relatório de Sala e Relatório de Auditoria Concorrente FUSEx, por meio de assinatura legível e carimbo, bem como complementada através de contato com o paciente, o acompanhante ou os familiares. Havendo ausência ou divergências de registro, inclusive com outra caligrafia, os honorários não serão pagos.

2.1.7.1 - Segundo o Código de Ética Médica, **constitui dolo** a cobrança de auxílio cirúrgico sem a presença do(s) auxiliar(es).

2.1.8 - Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, o número de auxiliares será igual ao previsto para cada procedimento, conforme parametrizado na Tabela CBHPM 5ª ED.

2.1.9 - Quando um **ato cirúrgico for parte integrada do outro** (atenção para vias de acesso que não podem ser pagas), **será valorado pelo FUSEx o ato principal** e não o somatório do conjunto.

2.1.10 - O atendimento do intensivista plantonista em UTI será remunerado por plantão de 12h.

2.1.11 - **Estão incluídos nos Portes do plantonista de UTI:** prescrição, evolução, intercorrências, intubação, monitorização, clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação, cardioversão, cardioscopia, assistência respiratória e punção de acesso venoso Central.

2.1.12 - Os pareceres médicos realizados em pacientes internados serão remunerados no mesmo código e valor da consulta..

2.1.13 - Medicamentos: Os valores dos medicamentos serão cobrados conforme publicados no Guia Farmacêutico Brasíndice atualizado, não havendo PMC, será cobrado sobre o Preço de Fábrica, acrescido de 20%, caso tenha as duas referências PMC e PF, será paga a de menor valor.

2.1.13.1 Existindo o medicamento da linha genérica o Sistema FUSEx/PASS pagará o de menor valor deste.

2.1.14 - Os Materiais descartáveis serão pagos conforme acordos negociados (PACOTES) sobre tabela do fornecedor ou valores cobrados conforme publicados nas Revistas BRASINDICE E SIMPRO.

2.1.15 - Os exames/ procedimentos laboratoriais não constantes na CBHPM 5ª ED e no pacote constante do Anexo "L", deverão ser cobrado pela CBHPM 2014 com redutor de 20% para porte e UCO.

2.1.16 - Procedimentos diagnósticos laboratoriais terão os custos previstos na Tabela de Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 5ª ED), sem redutor para o PORTE e a UCO.

2.1.17 - Procedimentos diagnósticos radiológicos terão os custos previstos na Tabela de Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 5ª ED), com o redutor de 10% para o porte e o redutor de 20% para UCO. Para filmes será aplicado o valor de **R\$ 36,88 (trinta e seis reais e oitenta e oito centavos)**.

2.1.17.1 - Se houver necessidade de incidências adicionais deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura. A quantidade de contraste radiológico a ser cobrada deverá estar em consonância com a tabela atual apresentada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

2.1.17.2 - Exames que não preveem o uso de contraste somente serão pagos à CREDENCIADA se prescrito e justificado na requisição médica, especificado se iodado ou não, e autorizado pelo médico auditor.

2.10 - ANESTESIA NÃO PREVISTA EM PROCEDIMENTOS ELETIVOS – A presença do anestesista nos procedimentos para os quais não haja previsão de sua participação deverá ser **autorizada previamente, mediante solicitação do médico assistente, devidamente justificada**. Os processos de autorização, cobrança e pagamento dos serviços prestados pelos anestesistas deverão obedecer ao que se segue:

2.10.1 – Caso eletivo (paciente não internado):

2.10.1.1 - Nos procedimentos onde **não haja previsão da participação do anestesista** está assegurada em razão do próprio procedimento, que é solicitado e justificado pelo médico assistente.

2.10.2 - Caso eletivo (paciente internado):

2.10.2.1 - Nos procedimentos onde **não há previsão da participação do anestesista**, esta somente poderá ser dada mediante autorização prévia do FUSEx e, por meio da solicitação do médico assistente, devidamente consubstanciada e justificada em laudo.

2.10.2.2 - A solicitação da participação do anestesista deverá ser encaminhada com antecedência ao FUSEx/2º BEC, quando será analisada tecnicamente pelo Serviço de Auditoria, cabendo-lhe autorizar, caso julgue pertinente.

2.10.2.3 - Nos procedimentos em que se faça obrigatória a participação do Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, o processo de autorização é o mesmo. O pagamento dos honorários equivalerá ao disposto na CBHPM 5ª ED, quanto aos Portes estabelecidos para os procedimentos, considerando os percentuais de participação.

2.10.2.4 - Nos casos de urgência, a solicitação de autorização para participação do anestesista deverá ser feita ao FUSEx imediatamente após o atendimento.

2.10.2.4.1 - Na impossibilidade de assim ser procedido (nos casos de emergências com risco de vida), a **CREDENCIADA** terá o prazo máximo de 24 horas para enviar a prescrição, com a devida justificativa técnica da necessidade do porte anestésico para a execução do procedimento, a qual será avaliada pelo Serviço de Auditoria do FUSEx.

2.11 – CONSULTAS

2.11.1 - Consulta: atendimento em consultório ou pronto socorro.

2.11.2 - Procedimentos médicos (consultas, visitas a pacientes internados, sessões de terapia, exames complementares, procedimentos cirúrgicos, etc.): serão cobrados em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 5ª ED, **sem redutor e portes conforme Tabela FUSEx**.

2.11.3 - Retorno de consulta ambulatorial: em caso de retorno de consulta ambulatorial não será cobrado nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para **agendar consulta de retorno em até 30 (trinta) dias** após a consulta inicial. O período de 30 dias deverá ser contado da data do atendimento inicial até a data que o beneficiário procurar a OCS/PSA para agendar o retorno, independentemente de a OCS ter ou não vaga disponível naquele dia. A princípio, o agendamento para o atendimento do retorno deve ser feito no dia do atendimento inicial.

2.11.4 - Visita hospitalar: nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Destina-se à manutenção dos cuidados e continuação da assistência prestada ao paciente.

2.11.4.1 - Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista. Nos casos de internações para procedimentos cirúrgicos de qualquer espécie, autorizados pela CREDENCIANTE, as visitas hospitalares do médico assistente serão pagas conforme previsto na CBHPM 5ª ED, **sem redutor e portes conforme Tabela FUSEx**.

2.11.5 - Ginecologia: Fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: anamnese e exame de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos e inspeção direta do colo uterino, por meio do espéculo vaginal.

2.11.6 - Nutrição: Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico ambulatorial e **está limitada a uma consulta a cada 30 dias**. Estão incluídas na consulta as sessões de revisão e de controle.

2.11.7 - Oftalmologia: a consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exame de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A **tonometria** é paga somente na primeira consulta em pacientes acima de 40 anos ou se justificado por relatório médico e autorizado pela auditoria em pacientes mais jovens ou a cada seis meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

2.11.8 - Psiquiatria: Limita-se a 2 (duas) sessões em um período de 30 (trinta) dias, podendo, em casos excepcionais, ser autorizada a realização de 4 (quatro) sessões no mesmo período, mediante justificativa formalizada do profissional prestador do serviço, desde que homologada por médico do FUSEx, conforme estabelece o Art. 38 da Portaria nº 048-DGP/2008.

2.11.8.1 - Em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação contendo o diagnóstico, período de internação e nome do hospital.

2.11.8.1.1 - Estão previstas **até 03 (três) visitas hospitalares semanais para pacientes crônicos e até 01 (uma) vez por dia para pacientes graves.**

2.11.9 – Parecer: Opinião fundamentada sobre determinado assunto, emitida por especialista.

2.12 - RADIODIAGNÓSTICO

2.12.1.- Se houver necessidade de incidências adicionais deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura. A quantidade de contraste radiológico a ser cobrada deverá estar em consonância com a tabela apresentada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

2.12.2 - Exames que não preveem uso de contraste somente serão pagos à CREDENCIADA se **prescrito e justificado na requisição médica, especificado se iodado ou não**, e autorizado pelo auditor FUSEx.

2.13 - AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

2.13.1 – Regras para solicitação de parecer de Anestesiologista (Consulta):

2.13.1.1 - Com base no disposto na Resolução CFM nº 1.802/2006, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, para os procedimentos eletivos, poderá ser solicitado encaminhamento para consulta pré-anestésica, para análise e autorização do Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC, antes da admissão na unidade hospitalar.

2.13.1.2 - Para o pagamento de consulta pré-anestésica realizada previamente é obrigatório que a OCS comprovadamente apresente a Ficha de Avaliação Pré-anestésica devidamente preenchida, datada, assinada e carimbada pelo anestesta, conforme os dados contidos no Anexo I da referida Resolução.

2.13.1.3 - A ausência de pelo menos uma das informações previstas no Anexo I da Resolução invalida o documento para efeito do pagamento da consulta, impedindo o seu pagamento, ou seja, produzirá glosa deste item na conta do paciente.

2.13.1.4 - A não apresentação da mencionada ficha ao FUSEx promoverá a glosa do valor da consulta.

2.13.1.5 - Toda prescrição médica solicitando o encaminhamento de paciente para avaliação prévia de Anestesiologista deve ser complementada com justificativa técnica fundamentada, com caligrafia legível e sem emenda ou rasura;

2.13.2 - Outras regras:

2.13.2.1- A ausência da **justificativa técnica** no receituário médico, no ato da consulta ambulatorial, para a necessidade de concurso do Anestesiologista no ato endoscópico executado será objeto de glosa do valor do Porte.

2.13.2.2 - Quando se tratar de **Cirurgia Buco-Maxilo-Facial**, a valoração anestésica corresponderá ao porte conforme CBHPM 2014.

2.14 - PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS:

2.14.1 - Os procedimentos anestésicos serão remunerados de acordo com o código da Tabela de Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos (**CBHPM 5ª ED**), com valores acordados para os portes anestésicos (Ofício COOPANEST nº 693/2018), conforme a tabela abaixo:

ENFERMARIA			APARTAMENTO		
PORTE ANESTÉSICO	PORTE CBHPM	VALOR (R\$)	PORTE ANESTÉSICO	PORTE CBHPM	VALOR (R\$)
0	-	165,38	0	-	220,48
1	3A	247,45	1	3A	329,93
2	3C	362,17	2	3C	482,90
3	4C	533,06	3	4C	710,74
4	6B	788,12	4	6B	1.050,83
5	7C	1.219,11	5	7C	1.625,49
6	9B	1.701,19	6	9B	2.268,28
7	10C	2.420,41	7	10C	3.227,22

8	12A	3.193,20	8	12A	4.257,64
CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA.....					113,16
Assistência Especializada ao Paciente com dor.....					186,97

2.15 - GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA (Qualquer Especialidade Médica) e CIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPIA (Qualquer Especialidade Médica):

2.15.1 - Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um **acréscimo** de trinta por cento (30%) em seus Portes nas condições previstas na tabela CBHPM 5ª ED, a saber: no período compreendido **entre 19:00h e 07:00h** e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados, desde que não se trate de procedimento autorizado eletivamente, ou se urgência, a mesma seja devidamente comprovada ética e tecnicamente.

2.15.2 - Para **Honorários de procedimentos de Endoscopia** (qualquer especialidade médica), **Gastroenterologia, Cirurgia Videolaparoscopia** (qualquer especialidade médica), **Hematologia, Oncologia e Cirurgia Torácica** será utilizada a Tabela da Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos (CBHPM 5ª ED), **sem redutor** para o **Porte** e para a **UCO** - Unidade de Custo Operacional.

2.15.3 - Para **Honorários de exames diagnósticos** nas especialidades de Endoscopia (qualquer especialidade médica), Gastroenterologia, Cirurgia Videolaparoscópica (qualquer especialidade médica), Hematologia, Oncologia e Cirurgia Torácica, será utilizada a Tabela de Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos **CBHPM 5ª ED, sem redutor para porte e para a UCO** - Unidade de Custo Operacional.

2.16 - ALERGOLOGIA:

2.16.1 - Para os Honorários Médicos relacionados será utilizada a **Tabela FUSEx e Tabela da CBHPM 5ª ED**.

2.17 - ONCOLOGIA (Quimioterapias Biológicas):

2.17.1 - Os pedidos de autorização ou prescrição médica para quimioterapias deverão conter as informações do peso, altura e superfície corpórea atualizadas do paciente;

2.17.1.1 - Para a autorização de tratamento oncológico ao beneficiário do FUSEx/PASS, a OCS é obrigada a fornecer ao FUSEx/2ºBEC os seguintes documentos: Prescrição Médica, Plano ou Ficha de Tratamento Oncológico (PTO ou FTO) emitido pelo médico e Orçamento (emitido pela OCS) contendo o detalhamento qualitativo e quantitativo dos itens que o compõem, onde cada item deve ter o seu total registrado e, na parte final do documento, a informação do total geral do orçamento.

2.17.1.1.1 – O resultado na multiplicação das informações das colunas “quantidade” e “valor unitário” deve estar matematicamente correto, com 2 (duas) casas decimais depois da vírgula, de forma que o total horizontal individual por item produza o total real dos itens, e assim o total geral corresponda à soma dos totais parciais do detalhamento do orçamento.

Exemplo: Honorários (detalhamento e total); medicamentos (detalhamento e total); materiais descartáveis (detalhamento e total); taxa (detalhamento e total) e total geral.

2.17.1.1.2 – No Plano ou Ficha de Tratamento Oncológico deverão constar as informações que identifique o paciente, o quadro clínico o planejamento e o protocolo de tratamento, quantidade de ciclos previstos (programado anterior e atual), detalhamento claro da nomenclatura e dosagem dos medicamentos, peso, altura e superfície corporal, via de administração do medicamento, previsão para o agendamento, para executar o tratamento do ciclo indicado, data e assinatura (com carimbo) do médico, etc.

2.17.1.1.3 – Deverá ser adotada, para efeito de **cálculo do fármaco, fórmula** ou superfície corporal **“MOSTELLER”**.

2.17.2- Os valores dos medicamentos serão cobrados conforme os publicados no Guia Farmacêutico Brasíndice atualizada. Não havendo PMC, será cobrado sobre o Preço de Fábrica, acrescido de 20%. Caso existam as duas referências PMC e PF, será paga a de menor valor.

2.17.2.1 – A CONTRATANTE indenizará os medicamentos utilizados em tratamento oncológico, em conformidade com prescrição médica, porém no que se refere à quantificação do medicamento prescrito, o FUSEx/2º BEC efetuará o pagamento especificamente do total de miligramas efetivamente utilizados pelo paciente.

2.17.2.2 – Na prescrição médica para tratamento oncológicos, deverão constar as seguintes informações, a título de complemento de dados: peso atual, altura atual e superfície corpórea do paciente

4. FISIOTERAPIAS, NUTRIÇÃO E CONSULTA MÉDICA.

4.1 - Os procedimentos serão remunerados conforme as seguintes:

4.2 – FISIOTERAPIAS EM GERAL:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101222	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento em Ambulatório ou domiciliar.	59,18
500251039	Sessão de Fisioterapia Motora – Ambulatorial	45,03
500251021	Sessão de Fisioterapia Respiratória - Ambulatorial	45,03
500251076	Sessão de Fisioterapia hospitalar (motora) em pacientes internados	18,01
500251076	Sessão de Fisioterapia domiciliar (motora)	51,46
500251078	Sessão de Fisioterapia hospitalar (respiratória) em pacientes internados	18,01
500251078	Sessão de Fisioterapia domiciliar (respiratória)	51,46
500251028	Fisioterapia para reabilitação cardíaca (paciente internado) – Ambulatorial	18,01

4.3 – FISIOTERAPIAS ESPECIALIZADAS:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101222	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial para inicial o tratamento	59,18
500251033	Drenagem Linfática Manual - Ambulatorial	46,80
500251039	Fisioterapia Mastológica - Ambulatorial	59,18
500251015	Fisioterapia Neurológica - Ambulatorial	59,18
500251046	Fisioterapia Neurológica - Domiciliar	71,02
500251041	Fisioterapia Obstétrica - Ambulatorial	43,74
500251021	Fisioterapia para Reabilitação Cardíaca - Ambulatorial	59,18
50025019	Fisioterapia Traumato ortopédica - Ambulatorial	45,03
500251041	Fisioterapia Uroginecológica (masculina e feminina) - Ambulatorial	59,18
500251041	Fisioterapia Uropediátrica - Ambulatorial	59,18
500251063	Quiropraxia	108,00
500251062	Osteopatia	108,00
50025116	Sessão de Hidroterapia - Ambulatorial	43,74
500251060	Sessão de Pilates - Ambulatorial	62,35
500251080	Sessão de RPG – Ambulatorial	72,90
20103646	Reabilitação perineal com biofeedback	102,60
90204005	Sessão de Fisioterapia TEA para terapia método ABA	140,10
500251074	Fisioterapia ocular - Ambulatorial	93,47

4.4 - FONOAUDIOLOGIA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
40312184	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento em Ambulatório ou domiciliar.	59,63
40312183	Sessão de Fonoterapia Ambulatorial	46,66
40312183	Sessão de Fonoterapia hospitalar em pacientes internados.	31,58
40312184	Sessão de Fonoterapia domiciliar	54,92
40312184	Sessão de Fonoterapia de Deglutição - domiciliar	59,18
40312183	Sessão de Fonoterapia de Cabine	46,66
90204005	Sessão de Fonoterapia TEA para terapia método ABA	140,10

4.5 - PSICOTERAPIA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101205	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	73,88
20104309	Sessão de Psicologia -Ambulatorial	73,88
10101205	Sessão de Psicologia – Hospitalar	46,66
10101020	Sessão de Psicologia domiciliar	77,77
90204005	Sessão de Psicoterapia TEA para terapia método ABA	140,10

4.6 - TERAPIA OCUPACIONAL:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101193	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	59,63
10101193	Sessão individual ambulatorial	59,04
10101193	Musicoterapia	86,40
90204016	Integração Sensorial	129,60
90204006	Equoterapia	129,60
90204005	Sessão de Terapia Ocupacional TEA para terapia método ABA	140,10

4.7 - TERAPIA PSICOPEDAGÓGICA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
20104287	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	59,63
20104287	Sessão individual ambulatorial	55,75
90204005	Sessão de Psicopedagogia TEA para terapia método ABA	140,10

4.8 - ACUPUNTURA

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101155	Avaliação Inicial do tratamento	63,15
31601014	Sessão (estando incluso o material)	63,15

4.9 – ORIENTAÇÕES

As sessões em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação e justificação técnica do médico assistente do paciente.

4.10 – NUTRIÇÃO

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101300	Consulta para avaliação nutricional ambulatorial	63,15
10101020	Atendimento domiciliar	82,36

4.11 – CONSULTAS MÉDICAS

Cód/DGP	Procedimento	Valor (R\$)
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta em pronto socorro.	R\$ 126,84
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial para as diversas especialidades (compreende a anamnese, o exame e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessário, e prescrição terapêutica, pode ser concluído ou não com o médico no momento.	R\$ 150,00

Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta alergologista/imunologista, Angiologista, Arritmologista, Cardiologista, Cardiologista (Parecer cardiológico), Cirurgião cardiovascular, Cirurgião de aparelho digestivo, Cirurgião de cabeça e pescoço, Cirurgião geral, Cirurgião plástico, Cirurgião torácico, Cirurgião vascular, Endocrinologista, Endocrinologista (Grupo de apoio ao diabético), Gastroenterologista, Geriatria, Hematologista, Hepatologista, Infectologista, Nefrologista, Neurocirurgião, Neurologista, Neuropsicólogo, Pediatra, Pneumologista, Consulta Psiquiatra.	R\$ 180,25
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta odontológica (Dentística), Consulta odontológica (Endodontia), Consulta odontológica (Exame clínico + Planejamento), Consulta odontológica (Implantodontia), Consulta odontológica (Odontopediatria), Consulta odontológica (Ortodontia), Consulta odontológica (Periodontia), Consulta odontológica (Prevenção), Consulta odontológica (Prótese) e Consulta odontológica (Urgência).	R\$ 60,97
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta odontológica (Cirurgia oral e traumatológica).	R\$ 120,11
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial Subespecialidades da PEDIATRIA	R\$ 250,59

4.12 – OBSERVAÇÃO

A consulta compreende a anamnese, o exame e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessário, e prescrição terapêutica, podendo ser concluído ou não com um médico no momento. Para realizar procedimentos ABA, os profissionais que iram atuar com essas terapias, devem ser portadores de cursos superior com pós graduação, especialização e ou mestrado ou doutorado em terapia ABA. Sessão com duração mínima de 40min. Referência Portaria DGP nº 186 IR10.007 de 16 de agosto de 2019.

7. TAXAS DE SALA

7.1 - Taxas hospitalares diversas e de sala operatória

7.1.1 - Não estão incluídos na utilização das mesmas os materiais de consumo (descartáveis ou não), gases anestésicos e oxigênio, medicamentos, equipamentos ou aparelhos que não estiverem especificados como incluso na referida taxa, bem como serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento e serviços de hemoterapia, que serão cobrados de acordo com as tabelas, listas ou informes vigentes que se seguem abaixo:

7.1.2 - Taxas diversas

Especificação	Unidade	Grupo 1 Valor (R\$)	Grupo 2 Valor (R\$)	Grupo 3 Valor (R\$)	Grupo 4 Valor (R\$)
TAXA DE ALIMENTAÇÃO (Acompanhante, se menor de 18 e maior de 60 anos) e pessoas portadoras deficiências (Visual, Auditiva, mental, etc)	DIA	-	49,27	49,27	49,27
TAXA DE OBSERVAÇÃO em PS, de 2h (duas) às 6h (seis) horas	USO	32,82	35,67	38,54	39,95
TAXA PERMANÊNCIA Hospitalar 6 às 12h,	USO	93,33	½ Diária	½ Diária	½ Diária
TAXA SALA AMBULATÓRIO	USO	43,93	46,69	49,42	52,18
Taxa SALA RECUPERAÇÃO com Vigilância Médica	HORA	-	57,94	60,63	64,68
Taxa SALA QUIMIOTERAPIA com Vigilância Médica	USO	-	59,04	61,78	65,90
Taxa de Manutenção de Cateter para quimioterapia (Incluso todos os serviços necessários)	USO	-	303,72	303,72	303,72
Taxa de Sala de Gesso	USO	32,16	34,09	35,37	37,31
Taxa de Sala de Endoscopia	USO	-	40,12	46,80	53,48
TS Hemodinâmica	USO	-	466,74	494,19	535,37
TS PORTE 0	USO	-	66,11	88,16	110,18
TS PORTE I	USO	-	149,07	155,56	168,51

TS PORTE II	USO	-	220,37	233,33	254,07
TS PORTE III	USO	-	308,89	329,45	347,00
TS PORTE IV	USO	-	369,45	386,29	421,30
TS PORTE V	USO	-	435,14	482,31	512,45
TS PORTE VI	USO	-	534,84	563,12	615,68
TS PORTE VII	USO	-	642,61	664,53	767,13
TS PORTE VIII	USO	-	707,97	764,80	868,49

7.1.3 - Na **TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO** inclui instalações permanentes, serviços de enfermagem, rouparia, monitorização sinais vitais – TPR, uso de oxímetro, instalação e monitorização de PA não-invasiva, uso de monitor cardíaco, uso de aspirador a vácuo, EPI – Equipamento de Proteção Individual e vigilância médica.

7.1.4 - A **TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO** será devida quando o paciente permanecer em observação no Setor de Emergência por mais de 2 horas e menos de 6 horas por indicação médica.

7.1.5 - A **TAXA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR** será paga quando da necessidade do paciente permanecer de 6 a 12 horas no leito hospitalar, o que equivale à meio diária.

7.1.6 - As **TAXAS DE SALA** serão cobradas de acordo com o PORTE ANESTÉSICO.

7.1.7 - Na **TAXA DE SALA AMBULATORIAL** está incluso o uso de rouparia, serviço enfermagem do procedimento, uso das mesas auxiliares e principais, uso de focos, uso de instrumental cirúrgico básico, preparo do paciente (sondagens, tricotomia – SEM MATERIAL) e antissepsias da sala e instrumental.

7.1.8 - A **TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA** inclui o uso das instalações da sala e equipamentos referentes ao procedimento, serviços de enfermagem, equipamento/instrumental de anestesia, para monitorização e desfibrilador/cardioversor.

7.1.9 - Quando o código do procedimento médico na CBHPM determinar a cobrança da UCO seguiremos a seguinte regra:

7.1.9.1 – Quando o material de vídeo for da própria OCS, remunera-se como taxa de vídeo;

7.1.9.2 – Quando o material de vídeo for do cirurgião, a remuneração do profissional será conforme a UCO definida na tabela CBHPM 2014, não sendo paga a taxa de vídeo para CREDENCIADA.

7.1.10 - O **PORTE DA TAXA DE SALA** leva em consideração o tempo de cirurgia, material permanente utilizado, equipamentos utilizados e a necessidade de pessoal de apoio. Inclui então o uso da sala de cirurgia, da mesa operatória, mesas auxiliares, suportes de soro, rouparia (roupas e campos cirúrgicos), hamper, material permanente de intubação, serviço enfermagem do procedimento, assepsia e anti-sepsia (equipe e paciente), focos, guias de focos, escada, controle de sinais vitais, instrumental básico para cirurgia, uso do carro de anestesia, tensiômetro, estetoscópio, termômetro, de monitor cardíaco, aspirador elétrico ou a vácuo, bisturi elétrico, oxímetro de pulso, cardioversor, esterilização/desinfecção de instrumentais, locomoção do paciente, instrumentadora, circulantes de sala, serventes, auxiliares administrativos, materiais recicláveis (chicote, cal sodada, traquéias, balões com ou sem popoff) e insumos (álcool, álcool iodado, algodão hidrófilo, água oxigenada, éter, polvidine, soapex, esparadrapo, micropore, gazes, compressas cirúrgicas, gorro, máscara, propés, borracha do aspirador e luva de procedimento), eletrodos descartáveis.

7.1.11 – Gasoterapia

As Taxas de Gasoterapias serão remuneradas conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Descrição	Valor (R\$)
Ar comprimido (Cada Hora)	19,21
Argônico (Cada Hora)	33,26
Gás Carbônico (Cada Hora)	16,96
Nebulização com Oxigênio (Cada Aplicação)	6,90
Nebulização sem Oxigênio (Cada Aplicação)	5,24
Nitrogênio/Óxido Nitroso (Cada Hora)	23,08
Oxigênio (Cada Hora)	28,30
Protóxido de Azoto (Cada Hora)	27,18
Observação: Quando for usado concomitantemente o oxigênio com ar comprimido será pago somente 50% (cinquenta por cento) do valor de cada gás.	

7.1.11.1 - A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme anotação em prontuário, sendo unificado um mesmo valor para todas as classes de prestador. Está sendo usado como **referência** o valor equivalente à **uma hora de consumo, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada**.

7.1.11.2 - A nebulização com oxigênio compreende o uso de oxigênio ou ar comprimido, máscara, o serviço de enfermagem, os materiais, soluções e medicamento broncodilatadores (atrovent e berotec). Serão remunerados separadamente os corticóides e fluidificantes, quando prescrito pelo médico.

8. TAXAS EM GERAL

8.1 - As Taxas de Utilização de Equipamentos serão remuneradas, conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Discriminação	Fator	Preço (R\$)
Balão intra-aórtico/instalação	Instalação	241,60
Balão intra-aórtico/uso	Hora	8,57
Berço Aquecido	Dia	37,73
Bisturi Alta Frequência	Uso	43,11
Bisturi elétrico Bipolar (fora do CC e Hemodinâmica)	Uso	32,35
Bomba de infusão (A partir da 4ª)	Dia	15,49
Bomba de infusão fora da UTI e CC	Dia	14,90
Camino (Aparelho de pressão craniana)	Uso	142,81
Capinógrafo	Uso	25,67
Cardioestimuladortransesofágico	Uso	146,07
Colchão de ar ou de água	Dia	5,49
Colchão Térmico	Dia	8,25
Cpap/Bpap	Dia	16,47
Craneótomo	Sessão	21,36
Desfibrilador (p/ aplicação)	Sessão	38,44
Drill cirúrgico	Uso	110,18
Fibra Ótica	Sessão	35,58
Fototerapia	Dia	14,29
Incubadora s/ oxigênio (até 2 h)	Hora	2,90
Incubadora s/oxigênio (2 a 24 h)	Hora	43,83
Intensificador de imagens (Exceto Hemodinâmica)	Uso	103,53
Litotripsia	Sessão	583,41
Marca-passo externo (temporário)	Uso	116,68
Mediastinoscópio	Uso	97,47
Microscópio Cirúrgico	Uso	60,93
Microscópio de alta resolução	Uso	106,52
Monitor cardiorespiratório(Apt e Enf)	Dia	28,36
Monitorização pressão intracraniana	Dia	101,31
Nebulização aquec. s/ O2 p/ 24h	Dia	24,25
Nebulização aquec. s/ O2 p/ aplic.	Sessão	3,99
Perfurador elétrico	Uso	41,37
Respirador de pressão (BIRD)	Dia	31,61
Respirador de volume	Dia	51,36
Sondagem gástrica (exclui materiais e medicamentos) externo	Uso	22,83
Sondagem Retal (exclui materiais e medicamentos) externo	Uso	22,83
Sondagem Vesical (exclui materiais e medicamento) externo	Uso	19,22
Taxa de bomba de circulação extracorpórea	Uso	205,06
Taxa de serra elétrica	Uso	28,29
Vídeo Cirurgia: Nasal/Abdominal/Articular/Uterina/Urológica/Otorrino (inclui material reciclável+insumos+trocaterpermanente+kit Instrumental do Vídeo, incluindo Capa e Fibra Ótica).	Sessão	679,51
Vídeo diagnóstico: Abdominal/Articular/Uterina/Urológica/Otorrino (inclui material reciclável+insumos).	Sessão	142,68

9. TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS OFTALMOLÓGICOS:

9.1 – As Taxas de utilização de equipamentos oftalmológicos serão remuneradas conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Discriminação	Preço (R\$)
Campímetro (Campimetria Computadorizada)	53,90
Crio para catarata	26,95
Crio para retina	53,90

Ecobiômetro	24,26
Eletrorretinógrafo	53,90
Microscópio cirúrgico	97,00
Microscópio especular	32,35
OCT	206,11
Oftalmoscópio indireto	11,46
PAM	16,16
Paquímetro	57,94
Retinógrafo (Colorido)	57,94
Retinógrafo (Fluorescente)	144,15
Taxa de Bisturi Bipolar	25,59
Tomógrafo (Tomografia de Coerência Óptica)	70,05
Tonômetro	7,68
Topógrafo (Topografia Corneana)	53,90
Ultrassom	26,95
Vitreófago	47,84
Yag laser	128,00

10. - NORMAS DE PROCEDIMENTOS

10.1 - Estão incluídos nos serviços de nutrição: honorários médicos, honorários do nutricionista, serviços de enfermagem, taxa de preparo.

10.2 - Somente para paciente internado em CREDENCIADAS em caso de necessidade justificada em laudo pelo médico e nutricionista assistentes do paciente, com aprovação do Médico Auditor do FUSEx/PASS.

10.3 - Em caso de necessidade do beneficiário vir a usar a nutrição enteral ou nutrição parenteral deverá constar a solicitação do médico e nutricionista assistentes, o plano terapêutico nutricional, a valoração da dieta e o número de dias que a mesma será administrada. Devendo a solicitação e justificativa ser encaminhadas ao e-mail auditoriafusexthe@gmail.com para fins de autorização da auditoria FUSEx/2º BEC.

10.5 - A CREDENCIADA deverá possuir uma equipe composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos;

10.6 - A CREDENCIADA deverá ter seus registros legais na Vigilância Sanitária e cumprir as portarias do Ministério da Saúde pertinentes aos serviços de nutrição enteral e parenteral.

11. TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE OCS CREDENCIADAS

11.1 - Quando houver necessidade de transferência de um paciente entre diferentes serviços hospitalares, esta deverá ser comunicada ao Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC e deverá ocorrer quando esgotarem-se as possibilidades Diagnósticas/Terapêuticas do serviço de origem, sendo o paciente removido para um serviço de maior complexidade.

11.1.1 - A comunicação deverá ser enviada ao FUSEx previamente por e-mail, para análise do Auditor FUSEx/PASS, onde o mesmo avaliará a pertinência da transferência.

11.1.1.1 – Em se tratando da necessidade de transferência em razão de intercorrência de emergência, cabe à OCS comunicar ao FUSEx no prazo de **até 12 (doze) horas**.

11.1.2 – A conta de um paciente transferido para outra OCS, sem justificativa técnica que caracterize a intercorrência, não será reconhecida pelo FUSEx e, conseqüentemente, será glosada totalmente.

11.1.3 - Junto com o pedido de transferência, deverá constar anexado com relatório do médico assistente o quadro clínico e a intercorrência que justifique tecnicamente o pedido de autorização, para a transferência do paciente para outra OCS com serviços de maior complexidade.

11.1.4 - A remoção do paciente de uma OCS credenciada para outra só poderá ocorrer por motivo de intercorrência que indique a necessidade de o paciente ser transferido para outra OCS, com recursos de assistência médica de maior complexidade que vise atender a demanda vinculada à intercorrências que dê origem à transferência.

11.1.5 - Os custos para a transferência entre OCS credenciados, caso seja autorizado pelo Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC, será por conta da OCS onde o paciente estiver inicialmente internado.

12. TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS (Por Especialidades):

12.1 – CIRURGIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50007004	Alveoloplastia (por segmento)	101,64
50007014	Apicet. De Pré-Molares - Com obturação retrógrada	209,70

50007012	Apicetomia de Can. ou Inc. - Com obturação retrógrada	178,34
50007011	Apicetomia de Caninos ou Incisivos	167,12
50007015	Apicetomia de Molares	230,43
50007016	Apicetomia de Molares - Com obturação retrógrada	241,49
50007013	Apicetomia de Pré-Molares	198,74
50007006	Biópsia	102,08
50007082	Cirurgia de Cisto	131,39
50007056	Cirurgia de Hipertrofia do Lábio	319,57
50007019	Cirurgia de Tumores Intra-Ósseos	177,69
50007057	Cirurgia Para Microstomia	532,62
50007010	Cirurgia Para Torus Mandibular - Bilateral	158,12
50007009	Cirurgia Para Torus Mandibular - Unilateral	103,77
50007008	Cirurgia Para Torus Palatino	130,16
50007031	Drenagem de Abscesso	58,59
50007026	Excisão de Glândula Parótida	661,18
50007024	Excisão de Glândula Sublingual	407,77
50007025	Excisão de Glândula Submandibular	407,77
50007030	Excisão de Mucocoele de Desenvolvimento	439,45
50007027	Excisão de Rânula	101,53
50007042	Excisão de Sutura de Lesão da Boca com Rot de Retalho	266,32
50007028	Excisão de Tumor de Glândula Salivar	407,77
50007055	Excisão em Cunha de Lábio e Sutura	131,39
50007003	Exodontia (raiz residual)	74,80
50007002	Exodontia a Retalho	93,17
50007001	Exodontia por elemento	74,80
50007065	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução cruenta	159,79
50007066	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução Incruenta	88,78
50007075	Fraturas Complexas do Segda Face com Fixação Pericraniana	568,14
50007074	Fraturas Complexas do Segmento Fixo da Face	497,12
50007077	Fraturas de Osso Zigomático-Redução cirúrgica e fixação	532,62
50007076	Fraturas do Arco Zigomático-Redução cirúrgica sem fixação	408,34
50007017	Frenectomia ou Bridectomia	114,91
50007045	Maxilectomia com ou sem Esvaziamento Orbitário	532,62
50007078	Osteoplastia Zigomático - Maxilar	558,28
50007049	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort I	497,12
50007050	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort II	636,67
50007051	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort III	772,31
50007048	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb/Laterognatismo	497,12
50007047	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb/Micrognatismo	497,12
50007046	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb/Prognatismo	578,09
50007035	Palentolabioplastia Bilateral	524,46
50007034	Plástica do Canal de Stenon	434,99
50007054	Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial	184,65
50007053	Reconstrução Parcial de Mandíbula com Enxerto Ósseo/Prótese	578,09
50007037	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	408,34
50007038	Reconstrução Total de Lábio Traumatizado	585,88
50007052	Reconstrução Total de Mandíbula com Enxerto Ósseo/Prótese	656,91
50007039	Redução Cirúrgica de Luxação de ATM	399,47
50007062	Redução Cruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	568,14
50007063	Redução Cruenta de Fratura Cominutiva de Mandíbula	674,67
50007071	Redução Cruenta de Fratura Le Fort I	497,12

50007072	Redução Cruenta de Fratura Le Fort II	621,39
50007073	Redução Cruenta de Fratura Le Fort III	710,15
50007060	Redução Cruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	390,60
50007064	Redução de Fratura de Côndilo Mandibular	550,39
50007058	Redução de Fratura de Ossos Próprios do Nariz	532,62
50007061	Redução Incruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	301,83
50007068	Redução Incruenta de Fratura Le Fort I	266,32
50007069	Redução Incruenta de Fratura Le Fort II	337,33
50007070	Redução Incruenta de Fratura Le Fort III	497,12
50007059	Redução Incruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	248,57
50007067	Reimplante de Dente (por elemento)	142,04
50007022	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	219,92
50007018	Remoção de Dentes Inclusos ou Impactados	192,98
50007081	Retirada de Ancoragem e Cerclagens	49,72
50007080	Retirada de Bloqueio Maxilo-Mandibular	49,72
50007029	Retirada de Cálculo Salivar	164,92
50007079	Retirada de Fios Intra ou Trans-Ósseo	53,27
50007033	Sinusotomia	234,36
50007007	Sulcoplastia (por elemento)	112,12
50007044	Suturas Múltiplas de Face	134,94
50007043	Suturas Simples de Face	88,78
50007021	Trat. de Lesão Císt. (Marzupialização e enucleação final)	230,48
50007023	Trat. Cir.de Físt. Buco-Sinusal/Buconasal com Retalho	177,66
50007036	Tratamento Cirúrgico do Lábio Leporino	408,34
50007040	Tratamento Cirúrgico/Anquilose de ATM (por lado)	497,12
50007041	Tratamento Cirúrgico/Osteomielite dos Ossos Face	497,12
50007020	Tratamento de Lesão Cística (enucleação)	198,77
50007032	Ulectomia	63,57
50007005	Ulotomia	66,06

12.2 – RADIOLOGIA

Código	Procedimentos		Valor (R\$)
50011002	Interproximal (Bite-Wing)		10,29
50011010	Modelos Ortodônticos (par)		38,60
50011003	Oclusal		22,39
	Pacote Ortodôntico (kit/Documentação):		
50011006	- 1 Rx panorâmica	38,60	119,65
50011007	- 1 Telerradiografia com traçado	38,60	
50011010	- 1 Par de gessozocalado	38,60	
50011012	- 8 fotografias.	3,85	
50011001	Periapical (uma série são 14 Raios X)		10,29
50011006	Panorâmica / Panorâmica para Implante		38,60
50011005	Rx da ATM Série Completa (três incidências) / Panorâmica das ATM (Boca Aberta e Fechada)		80,89
50011009	Rx da Mão (Carpal)		60,99
50011004	RxPostero-Anterior		54,49
50011011	Slides (unidade)		9,86
50011007	Telerradiografia Com Traçado Computadorizado		38,60
50011008	Telerradiografia Sem Traçado Computadorizado		38,60

50011014	Tomografia Computadorizada por Arcada Maxilar ou Mandíbula (TC CONE BEAM TOTAL)	279,42
50011013	Tomografia Computadorizada uma região (TC CONE BEAM PARCIAL)	231,58
50011012	Fotografia (unidade)	3,85

12.3 – PREVENÇÃO

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50001003	Aplicação Tópica de Flúor (excluindo profilaxia)	31,34
50001004	Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	31,89
50001001	Profilaxia: Polimento coronário (quatro hemiarcadas)	52,12
50001005	Trat de Gengivite–Terapêutica básica (2hemiarcadas)	69,90

12.4 – ODONTOPEDIATRIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50002006	Adequação do Meio Bucal c/ I.V. (por hemiarcada)	63,16
50002007	Adequação do Meio Bucal Com IRM (por hemiarcada)	60,90
50002004	Aplicação de Cariostático - 1 sessão (4hemiarcadas)	32,05
50002002	Aplicação de Selante (por elemento)	34,20
50002003	Aplicação de Selante-Técnica invasiva (por elemento)	40,04
50002001	Aplicação Tópica de Flúor-Verniz (4hemiarcadas)	32,87
50002017	Condicionamento em Odontopediatria (por sessão, máximo 2)	48,33
50002010	Coroa de Aço	87,08
50002013	Exodontia de Dentes Decíduos	36,99
50002014	Mantenedor de Espaço	173,89
50002015	Placa de Mordida	197,70
50002016	Plano Inclinado	197,70
50002011	Pulpotomia	102,92
50002005	Remineralização - Flúortherapie (quatro sessões)	125,39
50002008	Restauração de Ionômero de Vidro (1 face)	54,53
50002009	Restauração Preventiva (ionômero + selante)	49,77
50002012	Tratamento Endo Decíduos (PULPECTOMIA)	91,97
50002019	Ulectomia	71,33
50002018	Ulotomia	66,06

12.5 – DENTÍSTICA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50003013	Ajuste Oclusal (por sessão)	56,21
50003009	Faceta em Resina	94,73
50003012	Núcleo de Preenchimento em Amálgama	74,51
50003010	Núcleo de Preenchimento em Ionômero de Vidro	57,91
50003011	Núcleo de Preenchimento Resina Fotopolimerizável	75,06
50003006	Rest Resina Fotopolimerizável – Clas I, V ou VI	54,52
50003008	Rest Resina Fotopolimerizável - Clas II ou IV	83,54
50003007	Rest Resina Fotopolimerizável - Clas III	56,82
50003001	Restauração de Amálgama - 1 face	45,19
50003002	Restauração de Amálgama - 2 faces	56,85
50003003	Restauração de Amálgama - 3 faces	67,80
50003004	Restauração de Amálgama - 4 faces	83,76
50003005	Restauração de Amálgama Pin	89,04

12.6 – ENDODONTIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50004009	Capeamento Pulpar (excluindo restauração final)	56,13
50004012	Preparo Para Núcleo Intrarradicular	26,84

50004010	Pulpotomia	59,90
50004008	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento)	78,24
50004004	Retratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	186,54
50004006	Retratamento Endodôntico de Molar	362,80
50004005	Retratamento Endodôntico de Pré-Molar	225,64
50004007	Tratamento de Perfuração	74,95
50004001	Tratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	180,11
50004003	Tratamento Endodôntico de Molar	340,92
50004002	Tratamento Endodôntico de Pré-Molar	218,70
50004013	Tratamento de Dentes com Rizogê.Incomp. (Por sessão)	33,76
50004014	Urg. Endo-Pulpect (independente da sequência do tratamento)	64,28

12.7 – ORTODONTIA

12.7.1 - Os procedimentos de **ortodontia** para pacientes **acima de 16 (dezesesseis)anos** estão sujeitos a parecer de **Comissão de Ética**, conforme a regulamentação contida na Portaria nº 048-DGP, de 28 de FEV 08 (IR 30-38).

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50008027	Aparelho de Thurow	157,94
50008005	Aparelho Extra-Bucal	136,38
50008001	Aparelho Ortodôntico Fixo (metálico) – 1 arcada	217,42
50008023	Aparelho Removível com alça de Bionator invertida	283,04
50008024	Aparelho Removível com alça de Escheler	283,04
50008006	Arco Lingual	157,09
50008008	Barra Transpalatina Fixa	64,32
50008009	Barra Transpalatina Removível	64,82
50008021	Bimler	299,76
50008025	Bionator de Balters	283,04
50008007	Botão de Nance	77,20
50008037	Confecção e cimentação de banda ortodôntica e soldagem de tubo	40,92
50008036	Contenção lingual (Contenção Inferior)	51,46
50008018	Disjuntor Palatino tipo Has, Hyrax	163,38
50008019	Disjuntor Palatino tipo McNamara, Faltin	163,38
50008014	Distalizador de molar, tipo Jones Jig	128,66
50008020	Frankel	299,76
50008011	Grade Palatina Fixa	157,09
50008030	Grade Palatina Removível	109,36
50008015	Herbst Encapsulado	283,04
50008035	Mantenedor de espaço banda alça	102,92
50008034	Mantenedor de espaço em acrílico	128,66
50008003	Manutenção de Aparelho Ortodôntico (incluso até 2braquetes)	96,49
50008033	Manutenção de aparelho removível (Controle Mensal)	70,76
50008016	Máscara Facial - Delaire, Tração Reversa (sem Disjuntor)	283,04
50008017	Mentoneira	89,59
50008013	Pendex de Hilgers com mola de TMA	192,98
50008012	Pendulum de Hilgers com mola de TMA	192,98
50008028	Placa de Hawley (Contenção Superior)	136,38
50008029	Placa de Hawley com torno expensor	136,38
50008026	Placa Dupla de Sanders	283,04

50008004	Placa Lábio-ativa	136,38
50008032	Placa Miorrelaxante em acrílico	283,04
50008022	Planas	283,04
50008031	Planejamento em ortodontia	56,89
500081014	Recimentação de Anel Solto	34,23
500081015	Recolagem de braquete (unidade)	19,29
500081016	Remoção de aparelho fixo com moldagem	141,52

12.8 – PERIODONTIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50005008	Ajuste Oclusal (por sessão)	56,21
50005023	Amput Radicular com Obturação Retrógada – por raiz	178,34
50005022	Amput Radicular sem Obturação Retrógada – por raiz	167,12
50005028	Aumento de coroa clínica (p/elemento)	128,66
50005013	Cirurgia Retalho (por segmento)	133,31
50005005	Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	31,89
50005015	Cunha Distal (por elemento)	126,97
50005006	Dessensibilização Dentária (por segmento)	38,64
50005018	Enxerto Livre (por elemento)	158,64
50005017	Enxerto Pediculado (por elemento)	132,26
50005016	Extensão de Vestíbulo (por segmento)	133,31
50005020	Frenectomia ou Bridectomia	114,91
50005012	Gengivectomia (por segmento)	129,36
50005007	Imobilização Dentária com Res Fotopolimerizável (3 dentes)	94,87
50005032	Manutenção do Trat cirúrgico relacionada a proc. regenerativo (p/ sessão) totalizando 4 sessões	19,99
50005021	Odonto-Secção (por elemento)	116,46
50005010	Placa de Mordida Miorrelaxante	203,60
50005011	ProservaçãoPré-Cirúrgica (por segmento)	58,03
50005009	Remoção de Fatores de Retenção	58,06
50005014	Sepultamento Radicular (por raiz)	133,31
50005004	Tratamento de Processo Agudo (por sessão)	73,67
50005003	Tratamento Não Cirúrgico Periodontite Grave (p/Seg) Alto Risco	69,32
50005002	Tratamento não cirúrgico periodontite moderada (p/seg) médio risco	39,95
50005001	Tratamento Não Cirúrgico Periodontite.Leve (p/ Seg) Baixo Risco	63,83
50005027	Tratamento periodontal de manutenção para periodontite grave de 2 em 2 meses	87,90
50005025	Tratamento periodontal de manutenção para periodontite leve 6 em 6 meses	87,90
50005026	Tratamento periodontal de manutenção para periodontite Moderada 4 em 4 meses	87,90

12.9 – IMPLANTODONTIA

13.9.1 - Todos os procedimentos de **implantodontia** estão sujeitos a parecer de **Comissão de Ética**, conforme regulamenta a Portaria nº 048-DGP, de 28 FEV 08 (IR 30-38).

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50009008	Cirurgia de enxerto ósseo em bloco (por elemento) – HONORÁRIOS	971,88
50009009	Cirurgia de levantamento de seio maxilar traumático com regeneração óssea guiada por elemento- HONORÁRIOS	971,88
50009010	Cirurgia para colocação de cicatrizador – 2ª fase cirúrgica por elemento – HONORÁRIOS	128,66
50009011	Consulta de manutenção de implantes dentários - HONORÁRIOS	51,46
50009012	Enxerto conjuntivo subepitelial por elemento - HONORÁRIOS	192,98
50009013	Enxerto livre por elemento - HONORÁRIOS	192,98
50009014	Enxerto pediculado por elemento – HONORÁRIOS	154,38
50009015	Guia cirúrgico para implantes dentários - HONORÁRIOS	128,66
50009017	Instalação de implante osseointegrado – Cone Morse – HONORÁRIOS	771,92
50009016	Instalação de implante osseointegrado - HONORÁRIOS	643,26
50009019	Regeneração óssea guiada por segmento - HONORÁRIOS	578,94

13. PACOTES EM GERAL

13.1 - PACOTES DE EXAMES

13.1.1 - Os pacotes contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo os honorários de profissionais, de auxiliares (exceto do anestesista), materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas, exames de base, taxa de sala e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote.

13.1.1.1 - Aplicam-se aos PACOTES as regras da CBHPM 5ª ED em que as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões, serão remuneradas 70%, ou pela mesma incisão, serão remuneradas 50%, do procedimento principal.

13.1.2 - 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 previsto nesta Classificação, 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.

Código CBHPM	Descrição	Valor (R\$)
4.10.01.10-9	Abdome superior	292,03
4.10.01.09-5	Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	467,25
4.13.01.01-3	Angiofluoresceinografia - monocular	222,68
4.09.01.48-3	Doppler colorido venoso de membro inferior - unilateral	284,52
4.09.01.47-5	Doppler colorido arterial de membro inferior - unilateral	284,52
4.09.01.36-0	Doppler colorido de vasos cervicais arteriais bilateral (carótidas e vertebrais)	247,66
4.09.01.46-7	Doppler colorido venoso de membro superior - unilateral	284,52
4.09.01.45-9	Doppler colorido arterial de membro superior - unilateral	284,52
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	2.650,83
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário – por vaso	2.650,83
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	2.942,49
4.08.12.07-3	Angiografia pós-operatória de controle	2.650,83
4.10.01.14-1	Articulação (esterno claviclar ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemoral ou joelho ou pé) – unilateral	309,26
4.10.01.04-4	Articulações temporomandibulares	309,26
3.13.02.01-7	Biópsia de vagina	98,84
3.13.01.02-9	Biópsia de vulva	100,21
3.13.03.02-1	Biópsia do colo uterino	100,21
3.13.03.03-0	Biópsia do endométrio	89,24
3.12.06.03-4	Biópsia peniana	155,13

4.02.01.03-1	Broncoscopia com biópsia transbrônquica	521,64
4.02.01.05-8	Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral	466,74
3.09.11.07-9	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia	3.325,19
3.13.01.03-7	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões da vagina (por grupo de até 5 lesões)	124,93
4.02.01.06-6	Cistoscopia e/ou uretroscopia	266,32
4.08.06.08-1	Clister ou enema opaco (duplo contraste)	242,99
4.08.06.10-3	Colangiografiaintra-operatória	186,70
4.08.06.11-1	Colangiografia pós-operatória (pelo dreno)	186,70
4.08.09.06-4	Colangiografiatranscutânea	192,03
4.02.02.66-6	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia	494,82
4.02.01.08-2	Colonoscopia (inclui a retossigmoidoscopia)	513,72
4.10.01.12-5	Coluna cervical ou dorsal ou lombar (até 3 segmentos)	309,26
4.10.01.01-0	Crânio ou sela túrsica ou órbitas	309,26
4.08.09.08-0	Dacriocistografia	278,67
4.08.06.01-4	Deglutograma	238,88
4.09.01.44-0	Doppler colorido peniano com fármaco indução	327,81
4.08.09.01-3	Ductografia (por mama)	329,45
4.09.01.07-6	Ecodopplercardiograma com estresse farmacológico	1.423,36
4.09.01.09-2	Ecodopplercardiogramatransesofágico (inclui transtorácico)	609,50
4.02.02.57-7	Endoscopia c/ retirada de corpo estranho do esôfago, estômago ou duodeno)	522,04
4.02.01.12-0	Endoscopia digestiva alta	262,25
4.02.02.61-5	Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de uréase (pesquisa Helicobacterpylori)	303,08
4.02.01.14-7	Enteroscopia do intestino delgado com cápsula endoscópica	4.163,14
4.02.01.10-4	Ecoendoscopia alta	1.713,66
4.02.02.24-0	Ecoendoscopia com punção por agulha	4.166,42
4.02.02.03-8	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia	315,44
4.02.02.25-9	Esclerose de varizes de esôfago, estômago ou duodeno	494,02
4.08.06.03-0	Esôfago	133,16
4.08.06.05-7	Esôfago – hiato – estômago e duodeno	221,02
4.08.06.04-9	Estômago e duodeno	183,96
4.08.06.07-3	Estudo de delgado com duplo contraste	201,81
3.13.03.07-2	Excisão de pólipos cervical	130,43
4.10.01.03-6	Face ou seios da face	309,26
4.08.09.05-6	Fistulografia	264,94
4.02.01.15-5	Histeroscopia diagnóstica	240,23
4.08.09.03-0	Histerossalpingografia	226,50
4.09.01.32-7	Histerossonografia	498,31
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)	140,02
3.01.01.64-6	Infiltração intralesional, cicatricial e hemangiomas – por sessão	68,64
4.02.02.42-9	Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)	313,00
4.01.02.02-5	Manometria computadorizada anorretal	529,87
4.01.02.05-0	Manometria esofágica computadorizada com teste provocativo	549,11
4.01.02.06-8	Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo	528,52
4.01.02.07-6	Manometria esofágica para localização dos esfíncteres pré-pH-metria	466,74
4.08.08.06-8	Marcação pré-cirúrgica por estereotaxia, orientada por imagem – por mana (já inclui exame de base)	363,77
4.10.01.02-8	Mastóides ou orelhas	309,26
4.10.01.11-7	Pelve ou bacia	309,26
4.13.01.28-5	Peniscopia (inclui bolsa escrotal)	56,28
4.10.01.06-0	Pescoço (partes moles, laringe, tireóide e faringe)	309,26
4.07.08.12-8	PET / CT – Corpo inteiro	5.300,00

4.07.08.12-8	PET / CT – Neurológico ou Cardíaco	4.392,73
4.01.02.09-2	pH-metria esofágica computadorizada com dois canais	544,98
4.01.02.10-6	pH-metria esofágica computadorizada com três canais	544,98
4.01.02.08-4	pH-metria esofágica computadorizada com um canal	544,98
4.02.02.54-2	Polipectomia de cólon (independentemente do número de pólipos)	1.022,69
4.02.02.55-0	Polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independentemente do número de pólipos)	501,04
3.11.01.40-2	Punção biópsia renal percutânea	396,72
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC E RM, cobrar código correspondente	253,96
3.07.15.25-3	Punção líquórica	219,64
4.02.01.17-1	Retossigmoidoscopia flexível	219,64
4.10.01.15-0	Segmentos apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)	309,26
4.08.09.02-1	Sialografia (por glândula)	281,41
4.10.01.07-9	Tórax	309,26
4.08.06.06-5	Trânsito e morfologia do delgado	192,18
4.08.07.05-3	Uretrocistografia de adulto	463,61
4.08.07.06-1	Uretrocistografia de criança (até 12 anos)	370,63
4.13.01.34-0	Urodinâmica completa	453,01
4.08.07.01-0	Urografia venosa com bexiga pré e pós-miccional	325,35
4.08.07.04-5	Urografia venosa com nefrotomografia	352,80
4.08.07.03-7	Urografia venosa minutada 1-2-3	333,59
4.02.01.21-0	Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica flexível	333,59
4.02.01.22-8	Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica rígida	275,92
4.02.01.25-2	Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio flexível	347,30
4.02.01.26-0	Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio rígido	293,78
4.03.10.15-9	Exame Laboratorial: Cultura para mycobacterium	192,18
4.07.01.06-9	Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso	613,55
4.07.01.14-0	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico	613,55
4.07.01.13-1	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico	775,35
4.07.06.01-0	Cintilografia óssea (corpo total)	534,40
4.01.01.03-7	Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional)	212,93
2.01.02.02-0	Holter de 24 horas - 3 canais - digital	230,09
2.01.02.03-8	Monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA (24 horas)	230,09
4.09.01.10-6	Ecodopplercardiogramatranstorácico	307,78
4.01.01.01-0	ECG convencional de até 12 derivações	37,50
4.01.05.07-5	Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)	102,97
4.13.01.04-8	Bioimpedanciometria (ambulatorial) exame	51,46
4.03.04.90-6	Dímero D	115,78
4.03.04.73-6	Imunofenotipagem para linfoma não hodgkin / síndrome linfoproliferativa crônica	1.865,45
4.03.11.11-2	Erros inatos do metabolismo baterias de testes químicos de triagem em urina (mínimo de 6 testes)	74,28
4.03.19.04-0	Cadeia kappa – lambda leve livre – sangue ou urina	99,06
4.03.07.33-6	Imunoeletoforese (estudo da gamopatia)	41,69
4.03.24.59-1	Exame Laboratorial: Zika vírus - IgG	230,82
4.03.24.60-5	Exame Laboratorial: Zika vírus - IgM	230,82
4.03.14.56-1	Exame Laboratorial: Zika vírus - PCR	230,82
4.03.24.17-6	Exame Laboratorial: Chikungunya – IgG e IgM	360,82
4.03.08.55-3	Exame Laboratorial: Antitransglutaminase – IgA	111,48
4.03.08.56-1	Exame Laboratorial: Antitransglutaminase – IgG	111,48
4.03.19.32-6	Exame Laboratorial: Protrombina, pesquisa de mutação	348,69

Código DGP/FUSEX 500251009	Baropodometria	233,56
4.03.08.80-4	Exame Laboratorial: Anticorpos Anti-peptídeo Citrulinado (ANTI-CCP)	370,72
4.03.04.48-5	Medula óssea, aspiração para mielograma ou microbiológico	267,27
4.03.04.89-2	Mielograma	364,46
4.03.04.72-8	Imunofenotipagem para leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica	1.579,31
4.05.01.04-3	Cariótipo de medula (técnicas com bandas)	1.433,53
4.03.06.41-0	Antineutrófilos (anca) P	70,01
4.03.06.40-2	Antineutrófilos (anca) C	70,01
4.03.07.61-1	Parvovírus - IgG, IgM (cada)	279,99
4.06.01.18-8	Procedimento diagnóstico em reação imunoistoquímica isolada	582,02
4.03.02.16-4	Lactose, teste de tolerância	140
4.03.09.05-3	Criptococose, cândida, aspérgilus (látex) no líquido	200,33
4.03.02.84-9	Vitamina K, dosagem	648,12
4.03.01.67-2	Cromatografia de aminoácidos (perfil qualitativo)	128,33
4.03.16.17-3	Catecolaminas	95,93
4.03.06.69-0	Complemento C2	114,08
4.03.05.28-7	Enzima conversora da angiotensina (ECA)	84,27
4.03.01.06-0	Ácido ascórbico (vitamina C)	81,67
4.03.04.15-9	Fator II, dosagem	279,99
4.03.04.22-1	Fator XI, dosagem	256,66
4.03.05.09-0	17-hidroxipregnenolona	712,95
4.03.14.10-3	Hepatite C (quantitativo) por PCR	362,97
4.03.04.19-1	Fator VIII, dosagem do antígeno (Von Willebrand)	386,29
4.03.16.18-1	Composto S (11 - desoxicortisol)	155,56
4.03.04.01-9	Anticoagulante lúpico, pesquisa	64,82
4.03.06.05-4	Anti-actina	226,85
4.03.11.30-9	Eletroforese de proteínas urinárias, com concentração.	220,38
4.03.14.23-5	X Frágil por PCR	898,99
4.03.16.18-1	Composto S (11- desoxicortisol)	155,5
4.06.01.29-3	Procedimento diagnóstico por captura híbrida	279,42
4.14.01.38-7	Testes cutâneo-alérgicos para fungos	34,33
4.14.01.36-0	Testes cutâneo-alérgicos para alérgenos da poeira	34,33
4.14.01.37-9	Testes cutâneo-alérgicos para alimentos	34,33
4.14.01.39-5	Testes cutâneo-alérgicos para insetos hematófagos	34,33
4.14.01.40-9	Testes cutâneo-alérgicos para pólenes	34,33
4.14.01.42-5	Testes de contato – até 30 substâncias	121,49
4.14.01.44-1	Teste de contato por fotossensibilização – até 30 substâncias	128,15
4.14.01.43-3	Teste de contato por substância, acima de 30	6,37
4.14.01.45-0	Teste de contato por fotossensibilização por substância, acima de 30	3,43
2.01.04.14-6	Imunoterapia inespecífica 30 dias – Planejamento técnico	73,23
2.01.04.13-8	Imunoterapia específica 30 dias – Planejamento técnico	73,23
4.14.01.06-9	Provas imuno alérgicas para bactérias (por antígeno)	35,54
4.14.01.07-7	Provas imuno alérgicas para fungos (por antígeno)	35,54
4.14.01.53-0	Teste cutâneo alérgico epitela de animais	34,33
4.14.01.52-2	Testes cutâneo-alérgicos para látex	34,33
2.01.03.25-5	Exercícios para reabilitação do asmático (ERAI) – sessão individual	28,17
2.01.03.24-7	Exercícios para reabilitação do asmático (ERAC) – sessão coletiva	16,74
2.01.04.02-2	Aplicação de hipossensibilizante em consultório (AHC) inclusive o alérgeno P	11,45
4.14.01.08-5	Teste da Histamina (duas áreas testadas)	11,45

4.14.01.25-5	Teste de Mitsuda	11,45
2.01.02.07-0	Tilt Teste	364,46
4.03.14.13-8	HIV – Qualitativo por PCR	485,95
4.03.23.98-6	Calprotectina, detecção nas fezes	216
4.03.07.25-5	IgE, grupo específico, cada	31,01
4.03.07.26-3	IgE, por alérgeno. Cada	31,01
4.03.02.16-4	Teste de lactose (tolerância/absorção)	31,46
4.00.20.12-7	Teste de supercrescimento bacteriano por lactose	250,01

13.1.2 – Serviço de Telediagnóstico

4.01.01.01-0	ELETRCARDIOGRAMA	13,61
2.01.02.03-8	MAPA	45,75
2.01.02.02-0	HOLTER 24HS	45,75
	TAXA DE URGÊNCIA, PLANTÃO NOTURNO, FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	5,72

Os valores acima referem-se a laudos de exames realizados no PMGU – TSA e enviados para as credenciadas. O prazo máximo para liberação de eletrocardiograma é de 30 minutos em dias úteis e em horário comercial. O prazo máximo para liberação de MAPA e HOLTER é de 48 horas.

13.1.2 – Pacotes de Exames Especiais

13.1.2.1 – Os pacotes contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo os honorários de profissionais, de auxiliares, (exceto do anestesista), materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas, exames de base, taxa de sala e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote.

Códigos CBHPM	Procedimentos	Valor (R\$)
4.01.03.46-3	Teste da Orelhinha (desde que seja realizado no prazo de até 48 horas após o nascimento do RN e antes da alta do paciente, em razão da pertinência técnica para a eficácia do resultado).	48,06
4.03.12.17-8	Teste do pezinho ampliado (TSH neonatal + 17 OH progesterona + fenilalanina + Tripsina imuno-reativa + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)	120,81
4.03.12.16-0	Teste do pezinho básico (TSH neonatal + fenilalanina + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)	27,46
CÓDIGO DGP/FUSEX 50011047	Teste do Coraçãozinho (desde que seja realizado antes da alta do paciente (RN), em razão da pertinência técnica para a eficácia do resultado).	32,99
4.13.01.47-1	Teste do Olhinho (desde que seja realizado antes da alta do paciente (RN) e, posteriormente, poderá ser realizado de 2 (duas) a 3 (três) vezes ao ano, até que a criança complete 3 (três) anos de vida.	95,42

13.1.2.2 – Após os prazos indicados no item anterior, a realização dos referidos testes e as despesas decorrentes não serão cobertas pelo Sistema FUSEX/PASS, devendo ser acordados particularmente entre as partes (responsável legal pelo RN e o prestador do serviço, caso haja interesse da primeira parte).

13.2 - PACOTES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

4.11.01.17-0	Abdome superior (fígado, pâncreas, baço, rins, suprarrenais)	686,36
4.11.01.32-4	Angio-RM (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superior ou pelve)	686,36
4.11.01.34-0	Angio-RM de aorta abdominal	686,36
4.10.01.16-8	Angiotomografia – Coronárias	1.235,47
4.11.01.33-2	Angio-RM de aorta torácica	686,36

4.11.01.10-3	Articulação temporomandibular (bilateral)	686,36
4.11.01.31-6	Articular (por articulação)	686,36
4.11.01.03-0	Base do Crânio	686,36
4.11.01.27-8	Bacia (articulações sacroilíacas)	686,36
4.11.01.21-9	Bolsa escrotal	686,36
4.11.01.22-7	Coluna cervical ou dorsal ou lombar	686,36
4.11.01.28-6	Coxa (unilateral)	686,36
4.11.01.01-4	Crânio (encefalo)	686,36
4.11.01.09-0	Face (inclui seios da face)	686,36
4.11.01.35-9	Hidro-RM(colângio-RM ou uro-RM ou mielo-RM ou sialo-RM.	686,36
4.11.01.16-2	Mama (unilateral)	686,36
4.11.01.26-0	Mão (não inclui punho)	686,36
4.11.01.25-1	Membro superior unilateral (não inclui mão e articulações)	686,36
4.11.01.07-3	Orbital bilateral	686,36
4.11.01.08-1	Ossos temporais bilateral	686,36
4.11.01.30-8	Pé (antepé) – não inclui tornozelo	686,36
4.11.01.18-9	Pelve (não inclui articulações coxofemorais)	686,36
4.11.01.29-4	Perna (unilateral)	686,36
4.11.01.11-1	Pescoço (nasofaringe, orofaringe, laringe, tireoide, paratireóide)	686,36
4.11.01.24-3	Plexo braquial (desfiladeiro torácico) ou lombossacral	686,36
4.11.01.02-2	Sela túrcica (Hipófise)	686,36
4.11.01.12-0	Tórax (mediastino, pulmão, parede torácica)	686,36

13.3 – PACOTES DE PSIQUIATRIA

Descrição	Valor (R\$)
Recuperação Química e Internação Psiquiátrica	
Diária Recuperação Química integral global: Hotelaria, medicamentos, honorários de equipe terapêutica: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social.	199,53
Internação Psiquiátrica Diária integral global: Hotelaria, medicamentos, honorários de equipe terapêutica: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social.	475,2
Consulta para o paciente de Licença Terapêutica.	106,00
Hospital-Dia: (hotelaria, medicamentos, honorários de equipe terapêutica: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social)	144,39
OBS: No caso de hospital/dia, o FUSEx não cobre os gastos relativos a gastos pessoais dos pacientes, tais como material de higiene individual (escova dental, sabonete, absorvente, etc.) Todas as medicações de uso contínuo divergentes da patologia de internação são de responsabilidade da família	

Descrição	Valor (R\$)
Internação Hospitalar	
Descrição	Valor
Tabela 17.2 – Internamento Hospitalar	
Diária Hospitalar em Apartamento	434,45
Diária Hospitalar em Enfermaria - com 02 (três) até 04 (quatro) leitos	381,1
Visita Hospitalar	53,52
Medicamentos/materiais – Observar itens 2.1.13 e 2.1.14	-
Demais procedimentos – Observar item 2.11	-
Honorários Médicos – Observar item 2.1.1	-
Honorário demais profissionais – Observar item 4 deste Anexo	-

13.4 - PACOTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O pacote contempla todos os recursos necessários à realização do atendimento, materiais especiais, medicamentos, taxas,

materiais descartáveis e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote exceto os honorários médicos.

Código	Descrição	Valor (R\$)
3.13.09.05-4	Cesariana (feto único ou múltiplo). Enfermaria: 2 diárias	2.801,96
3.13.09.05-4	Cesariana (feto único ou múltiplo). Apartamento: 2 diárias	3.267,02
3.13.09.12-7	Parto (via vaginal). Apartamento: 2 diárias	1.362,28
3.13.09.12-7	Parto (via vaginal) Enfermaria: 2 diárias	1.133,82
Observação: Nos partos com mais de um RN, serão acrescidos de 10% (dez por cento) sobre valor inicial correspondente ao pacote		

13.5 - PACOTES DE OFTALMOLOGIA

13.5.1 – Pacotes de Exames e Cirurgias Oftalmológicas

13.5.1.1 - Os pacotes contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo os honorários de profissionais (Exceto Anestesta), de auxiliares, materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas, gases, filmes e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote.

13.5.1.2 - Aplicam-se aos PACOTES as regras da CBHPM 2014, em que **as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões, serão remuneradas 70%, ou pela mesma incisão, serão remuneradas 50%**, do procedimento principal.

Cód/CBHPM	Descrição	Valor (R\$)
4.13.01.30-7	Acuidade Visual – PAM- Monocular	27,46
3.03.07.14-7	Aplicação de Antiangiogênico – EYLIA (Monocular) Será autorizado a utilização mediante critérios da Auditoria Medica do FUSEx/2ºBEC	5.010,46
	Aplicação de AVASTIN – bevacizumabe (Monocular)	2.491,51
	Aplicação de LUCENTIS – Ranibizumabe (Monocular)	5.079,09
	Injeção Intra-vítrea de Triancinolona	1.246,45
4.15.01.01-2	Biometria Ultrassônica – Monocular	144,14
3.03.06.01-9	Capsulotomia Posterior Cirúrgica ou a Laser	495,54
4.13.01.08-0	Ceratoscopia Computadorizada – Monocular	157,85
3.03.04.08-3	Cirurgia de Ceratocone – CrosslinkB	2.803,11
3.03.04.10-5	Cirurgia Refrativa (Laser Allegretto)	2.381,67
3.03.09.01-8	Enucleação ou Evisceração	2.178,51
4.01.03.13-7	Exame Campimetria Computadorizada (Binocular)	170,21
4.13.01.12-9	Exame Curva Tensional – Binocular	80,98
4.13.01.25-0	Exame Mapeamento de Retina – Monocular	65,89
3.03.06.02-7	Facectomia com implante de lente intra-ocular (LIO) com facoemulsificação – Lente flexível nacional	3.582,82
3.03.06.03-5	Facectomia com implante de lente intra-ocular (LIO) sem facoemulsificação	2.827,83
3.03.06.02-7	Facectomia com implante de lente intra-ocular realizada com facoemulsificador+ Trabeculectomia (combinada)	4.214,28
3.03.12.04-3	Fotocoagulação a laser (Por Sessão)	395,34
4.13.01.24-2	Gonioscopia – Binocular	34,31
3.03.10.08-3	Iridectomia – Laser	336,31
4.13.01.26-9	Microscopia Especular de Córnea – Monocular	207,28
4.15.01.12-8	Paquimetria Ultrassônica – Monocular	166,10
3.03.03.06-0	Pterígeo – exérese	771,47
3.03.03.06-0 3.03.03.01-0	Pterígeo+ Transplante Conjuntival	1.499,01
3.03.01.18-1	Ptose unilateral	1.490,78
4.13.01.31-5	Retinografia Colorida – Monocular	179,82
4.13.01.31-5	Retinografia Fluorescente Binocular	283,91
3.03.13.06-6	Sondagem de vias lacrimais	686,36
2.01.03.01-8	Teste de Adaptação de lentes	21,55

4.15.01.14-4	Tomografia de Coerência Óptica (OCT)- Monocular	197,67
4.13.01.32-3	Tonometria de Aplanção Monocular	13,72
3.03.10.06-7	Trabeculoplastia-laser	755,00
3.15.01.01-0	Transplante de córnea	3.424,96
3.03.01.04-1	Tumores palpebrais (calázio tumor exérese)	686,36
4.09.01.01-7	Ultrassonografia ocular – monocular	140,02
3.03.07.11-2	Vitrectomia anterior	1.665,12
3.03.10.03-2	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas	1.282,76

13.6 - PACOTES DE NEFROLOGIA (Tratamento Renal)

Código	Descrição	Valor (R\$)
	Hemodiálise Inicial	
	• Parecer Médico; (1.01.02.01-9)	
3.09.09.14-7	• Implante de cateter para hemodiálise (3.09.13.01-2)	1.015,82
	• Cateter duplo lúmen para Hemodiálise;	
	Inclui: máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil; Materiais; e medicamentos relativos ao procedimento e acompanhamento da Enfermagem.	
	Hemodiálise subsequente	
3.09.09.03-1	• Visita Médica	712,43
	• Inclui: máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil; Materiais; e medicamentos relativos ao procedimento e acompanhamento da Enfermagem.	

13.7- PACOTES DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Código	Descrição	Valor (R\$)
4.01.03.06-4	Bera Infantil inclui: (material, medicamentos, taxas e honorários)	240,22
4.01.03.06-4	Bera Adulto inclui: (material, medicamentos, taxas e honorários)	199,04

14. NORMAS TÉCNICAS DE AUDITORIA

14.1 - SITUAÇÕES QUE NECESSITAM DE SOLICITAÇÃO MÉDICA E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DO SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA DO FUSEx:

15. PROCEDIMENTOS

15.1 - Prorrogação de Internação.

15.2 - Diária de UTI.

15.3 - Mudança ou acréscimo de procedimentos.

15.4 - Prorrogação de permanência em apartamento ou enfermaria.

15.5 - O valor da taxa de **Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA)** está inclusa no valor da sala cirúrgica, incluindo um período de **até 04 horas após o término do procedimento**. A taxa de sala de recuperação pós-anestésica somente deverá ser paga quando existir no hospital uma sala equipada e destinada para esse fim, conforme Portaria nº 400 do MS, de 06/12/1977. Os componentes da taxa de sala são os seguintes: sala; leito; rouparia (descartáveis ou não); Monitorização de sinais vitais; e Monitor multifuncional e multiparamétrico (Monitor de gases anestésicos, Monitor de Pressão Arterial Média Elétrica, Monitor de Pressão Arterial de Coluna de Mercúrio de Temperatura Eletrônico, Monitor Cardíaco, Monitor de ECG Contínuo, Monitor de Pressão Venosa Central e Oxímetro de pulso).

15.6- Medicamentos Especiais

15.6.1 - Albumina.

15.6.2 - Antifúngicos, antimicrobianos e outros medicamentos com indicações restritas (Eporex, Granulokine, Lanexat, Precedex, Protromplex, Zofram e outros).

15.6.3 - Quimioterápicos e coadjuvantes.

15.7 – Serviços de Alta Complexidade

15.7.1 - Plasmaferese.

15.7.2 - Quimioterapia.

15.7.3 - Radioterapia.

15.7.4 - Hemodiálise.

15.7.5 - Hemodinâmica.

15.7.6 - Nutrição enteral e parenteral.

16. REGRAS PARA TROCA/RECOMENDAÇÕES DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS:

16.1 - **Cateter Nasogástrico/Nasoenteral**: A troca deve ocorrer em dois casos:

16.1.1 - Obstrução;

16.1.2 - Posicionamento incorreto.

16.1.3 – Recomenda-se que o cateter seja mobilizado diariamente com o intuito de evitar aderências na mucosa nasal, podendo causar úlceras, necroses ou sinusites.

16.2 - **Sonda Vesical de Demora**: Recomendada a troca periódica a cada 15 dias, a não ser nos casos de obstrução da sonda, dano no circuito de drenagem ou em caso de tratamento de infecção do trato urinário.

16.3 - **Coletor de urina (sistema fechado)**: deverá ser trocado todas as vezes que houver troca de sonda vesical de demora.

16.4 - **Acesso Venoso Profundo (polifix e microfix*)**: A troca é indicada quando ocorrer um dos sinais a seguir: hiperemia no local do cateter; secreção no local da punção; ou quando alguns sintomas característicos de infecção estiverem presentes. (*quando houver depósito de sangue / precipitação de soluções).

16.5 - **Equipo para acesso venoso profundo**: a troca deverá ocorrer rotineiramente a cada 72 horas.

16.6 - **Acesso venoso periférico (jelco e similares)**: Recomenda-se a troca do cateter periférico em adultos em 72 horas quando confeccionado com teflon e 96 horas quando confeccionado com poliuretano. Nas situações em que o acesso periférico é limitado, a decisão de manter o cateter além das 72-96 horas depende da avaliação do cateter, da integridade da pele, da duração e do tipo da terapia prescrita e deve ser documentado nos registros do paciente. Pediatria e Neonatal não há rotina de troca preestabelecida. Acompanhar a punção diariamente e trocar na presença de sinais flogísticos. A mesma recomendação poderá ser aplicada a um paciente adulto com difícil acesso vascular periférico (ex: idoso, longo tempo de internação).

16.7 - **Equipo para acesso venoso periférico**: Trocar a cada 96 horas do poliuretano e 72 horas teflon.

16.8 - **Curativo de Acesso Venosos Profundo: Micropore e gaze**: a cada 24 horas ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido. **Filme transparente**: Trocar a cada 5 ou 7 dias, de acordo com a orientação do fabricante ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou sangramento. **Em pediatria e neonatal**, considerar apenas sujidade, má aderência ou sangramento.

16.9 - **Equipo de Nutrição Parenteral**: a troca deverá ocorrer rotineiramente ao término de cada etapa.

16.10 - **Equipo de Sangue e derivados e/ou emulsões lipídicas**: a troca deverá ocorrer após o término da administração.

16.11 - **Sistema de aspiração fechada**: Trocar a cada 96 horas ou em caso de sujidade no circuito ou mau funcionamento do mesmo.

16.12 - **Filtro bacteriológico**: Troca a cada 96 horas ou em caso de saturação ou sujidade visível.

16.13 - **Curativos especiais**: Conforme orientação do fabricante e/ou exsudato da ferida (ex: hidrocolóide, alginato de cálcio, etc). Todos mediante a solicitação médica e parecer de enfermeiro assistente. Esta passará por análise da auditoria médica e de enfermagem do FUSEx/2º BEC.

16.13.1 – O Parecer do enfermeiro assistente deverá conter: localização, Dimensões, Número, Profundidade, Características do leito da ferida e Plano Terapêutico.

18. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

CENTROS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA		Valor (R\$)
40307166	Hiv – antígeno P24	104,33
40307182	HIV1 = HIV2, (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos	70,31
TAXA	Taxa de utilização de bolsa plástica hemoterapica	12,36
40402029	Material descartável (Kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese	2.079,60
40402037	Sangria Terapêutica	81,82
40402045	Unidade de Concentrado de Hemácias	149,55
40402053	Unidade de Concentrado de hemácias Lavadas	188,82
40402061	Unidade de Concentrado de Plaquetas por Aférese	149,55
40402070	Unidade de Concentrado de Plaquetas Randômicas	149,55
40402088	Unidade de Crioprecipitado de Fator Antihemofílico	149,55
40402096	Unidade de Plasma	149,55
40402118	Deleucotização de Unidade de Concentrado de Hemácias por Unidade	358,62
40402126	Deleucotização de Unidade de Concentrado de Plaquetas – até 6 unidades	420,95
40402142	Deleucotização de Unidade de Concentrado de Plaquetas – entre 7 e 12 Unidades	420,95
40403025	Anticorpos eritrocitários e imunes – titulação	34,90
40403106	Eletroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico	13,93
40403114	Eletroforese de Hemoglobina por unidade de sangue total	18,90
40403149	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários – por fenótipo gel teste	80,75
40403157	Fenotipagem do sistema Rh-Hr (D, C, E, c, e,) - gel teste	56,98
40403173	Grupo sanguíneo ABO e Rh (retipagem da bolsa)	26,99
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh – gel teste	53,19
40403190	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários método de eluição	102,43
40403203	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias enzimático - em tubo	89,15
40403211	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias	83,12
40403220	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias tratadas por enzimas - em gel	97,45
40403238	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias – gel liss	89,15
40402185	Operação de processadora automática de sangue em aférese	368,62
40403343	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares Antieritrocitarios – em tubo	26,99
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares Antieritrocitarios – gel teste	53,19
40403378	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares Antieritrocitarios a frio - em tubo	26,99
40403408	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa- em tubogel teste	26,99
40403416	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa gel teste	53,19
40403424	S.Anti-HTLV-I +HTLV-II (Determinação conjunta) por componente hemoterapico	128,83
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	30,97
40403467	S. Hepatite B Anti-HBC por componente Hemoterapico pesquisa e/ou dosagem.	30,12
40403483	S. Hepatite C Anti-HCV por componente Hemoterapico	65,66
40403505	S. HIV-EIE por componente Hemoterapico	61,08
40403548	S. Sífilis EIE por componente hemoterapico	31,17
40403564	S. Sífilis FTA-ABS por componente Hemoterápico	26,59
40403580	S. Sífilis HAp por componente Hemoterapico	20,78

40403602	S. Sífilis VDRL por componente Hemoterapico	6,44
40403629	S. Chagas HA por componente Hemoterapico	16,41
40403645	S. Chagas IFI por componente hemoterapico	24,10
40403661	S. Hepatite B(HBsAG) RIE ou EIE por componente hemoterapico	28,05
40403688	Teste de Coombs Direto - em tubo	26,99
40403696	Teste de Coombs Direto – gel teste	53,19
40403700	Teste de Coombs Direto – mono específico (IgG, IgA, C3, C3d, Poliv. AGH) – gel teste	53,19
40403718	Teste de Coombs indireto – mono específico (IgG, IgA, C3, C3d, Poliv. AGH) – gel teste	53,19
40403920	Determinação do fator Rh(D), incluindo prova para Dfraco no sangue do receptor - em tubo	26,99
40403955	Doação autóloga pré-operatória	622,79
40403980	Invert. da presença de anti-A/ anti-b, em soro/ plasma de neonato, com mét. que inclu. uma fase antiglobulínica	46,96
40325024	Teste COVID-19	80,60

18.1 DIVISÕES POR PROCEDIMENTOS:

CÓDIGO	HEMOCOMPONENTES E PROCEDIMENTOS.	VALORES							
		CH	CHD	CHL	CP	CPA	CPD	CRIO	PFC
CBHPM	-								
	Taxa de utilização de bolsa plástica hemoterápica								
40402029	Material descartável (Kit) e soluções para utilização de proc automática de sangue/aférese					1.963,74			
40402045	Unidade de Concentrado de Hemácias	141,22							
40402053	Unidade de Concentrado de Hemácias Lavadas			178,30					
40402061	Unidade de Concentrado de Plaquetas por Aférese					141,22			
40402070	Unidade de Concentrado de Plaquetas Randômicas				141,22				
40402088	Unidade deCrio-precipitado de Fator Antihemofílico							141,22	
40402096	Unidade de Plasma								141,22
40402118	Deleucotização de unidade de concentrado de hemácias por unidade		338,64						
40402126	Deleucotização de unidade de concentrado de Plaquetas – até 6 unidades						397,50		
40403106	Eletroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico	13,15	12,65	12,65	12,65		13,15	13,15	13,15
40403173	Grupo sanguíneo ABO e Rh	25,49	24,51	24,51	24,51	25,49	25,49	25,49	25,49
40403300	Operação de processadora automática de sangue em aférese					348,08	0,00	0,00	0,00
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares	50,23	50,23	50,23	50,23	50,23	50,23	50,23	50,23
40403424	S.Anti-HTLV-I +HTLV-II (Determinação conjunta) por	121,65	121,65	121,65	121,65	121,65	121,65	121,65	121,65

	componente hemoterápico								
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	29,24	29,24	29,24	29,24	29,26	29,24	29,27	29,24
40403467	S. Hepatite B Anti-HBC por componente Hemoterápico pesquisa e/ou dosagem	28,44	28,44	28,44	28,44	28,44	28,44	28,44	28,44
40403483	S. Hepatite C Anti-HCV por componente Hemoterápico	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00
40403505	S. HIV-EIE por componente Hemoterápico	57,68	57,68	57,68	57,68	57,68	57,68	57,68	57,68
40403548	S. Sífilis EIE por componente Hemoterápico	29,43	29,43	29,43	29,43	29,43	29,43	29,43	29,43
40403661	S. Hepatite B(HBsAG) RIE ou EIE por componente hemoterápico	26,49	26,49	26,49	26,49	26,49	26,49	26,49	26,49
-	Custo de cada unidade	585,03	782,46	622,10	585,03	2.883,73	841,31	585,07	585,03

18.2 - CUSTOS OPERACIONAIS: CONSOLIDADO - HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADO.

CONSOLIDADO - HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADO.	VALORES (R\$)
CH - Concentrado de Hemácias	585,03
CHD – Concentrado de Hemácias Deleucotizadas	782,46
CHL – Concentrado de Hemácias Lavadas	622,1
CP – Concentrado de Plaquetas Rândomicas	585,03
CPA – Concentrado de Plaquetas por Aférese	2.883,73
CPD – Concentrado de Plaquetas Deleucotizadas	841,31
CRIO – Crioprecipitado de Fator Antihemofílico	585,07
PFC – Plasma Fresco Congelado	585,03

19. TABELA DE MOTIVOS DE GLOSA

Ord	Motivos
1	Atendimento não caracterizando a urgência
2	Acomodação acima da autorizada
3	Atendimento por médico militar
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais
5	Cobrança de 30% não caracterizando urgência ou emergência
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha
9	Data de atendimento fora da competência
10	Diagnóstico ilegível
11	Diárias em excesso
12	Diárias fora da tabela acordada
13	Documento sem assinatura/carimbo do médico assistente
14	EPI de responsabilidade do prestador
15	Especialidade não autorizada
16	Evento incluso no pacote acordado
17	Evento que não comporta cobrança
18	Exame não prevê cobrança de contraste

19	Exame sem laudo
20	Exames/procedimentos não requisitados
21	Falta de discriminação dos serviços executados
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem
23	Fatura sem separar (FUSEx – PASS – Fator de Custo)
24	Filme-cobrança em desacordo com CBR
25	Guia/Ofício de Encaminhamento ilegível
26	Guia de Encaminhamento (GE) emitida/autorizada para outra OCS/PSA credenciada
27	Guia/Ofício de Encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável
28	Guia de Encaminhamento fora da validade
29	Guia não autorizada pelo FUSEx
30	Guia autorizada para outro beneficiário
31	Guia autorizada para outro procedimento
32	Guia sem o carimbo de autorização do médico ou gestor do FUSEx
33	Guia/Ofício de Encaminhamento carbonados ou fotocopiados
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso
35	Justificar cobrança
36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério
37	Material acima do preço de mercado
38	Material de alto custo sem nota fiscal e etiqueta (quando for o caso)
39	Material em excesso
40	Material fixo
41	Material incluso no procedimento
42	Material ou procedimento cobrado separadamente, quando faz parte do pacote.
43	Material não coberto (ver relação anexa)
44	Material não justificado para o caso
45	Material não utilizado
46	Material reutilizável – pagamento parcial
47	Medicação não considerada de urgência
48	Medicação em desacordo com a prescrição
49	Medicação em excesso
50	Medicação não justificada para o caso
51	Medicação não prescrita
52	Medicação não utilizada
53	Medicamento acima do preço de mercado
54	Medicamento não coberto
55	Medicamento suspenso
56	Paciente não é beneficiário FUSEx/PASS
57	Prescrição médica com rasura ou ilegível
58	Prestador descredenciado
59	Procedimento/exames em excesso
60	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
61	Procedimento/exame em duplicidade ou não autorizados formalmente pelo FUSEx
62	Procedimento/exame não cobertos pelo FUSEx
63	Procedimento/exame não realizados
64	Prontuário/ficha/boletim ilegíveis
65	Prontuário/ficha/boletim rasurados
66	Retorno de consulta
67	Sem autorização prévia para o procedimento ou exame
68	SADT/exames fora da tabela acordada
69	Sem diagnóstico
70	Sem guia/ofício de encaminhamento
71	Solicitação médica com data rasurada ou ilegível
72	Solicitação ou prescrição médica com data posterior ao exame ou procedimento realizado
73	Prescrição médica com data vencida a mais de 60 dias em relação à data da emissão
74	Solicitação médica sem data, assinatura e/ou carimbo.
75	Soma (cálculo) errada
76	Soma da fatura divergente da soma da planilha de detalhamento dos procedimentos
77	Taxas fora da tabela acordada

78	Taxas indevidas ou em excesso
79	Visita hospitalar em duplicidade
80	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
81	Visita de especialista sem autorização prévia
82	Poderá haver glosa total ou parcial com base em análise técnica e/ou administrativa do FUSEx
83	Procedimentos ou exames de pacientes internados, cuja realização são objeto de pedido prévio de autorização ao FUSEx e a OCS não comprovar formalmente que a solicitação foi deferida (autorizada) formalmente pelo médico auditor do FUSEx (cópia do pedido e da autorização junta à fatura).
84	Outros motivos, conforme regulamentação do FUSEx no decurso da vigência do contrato.
85	Número do Cartão de Beneficiário Inválida ou validade vencida
86	Número da Declaração Provisória de Beneficiário Invalida ou validade vencida
87	A admissão do beneficiário na OCS ocorreu antes da inclusão do mesmo como beneficiário do FUSEx/PASS
88	Atendimento anterior à inclusão como beneficiário do FUSEx/PASS
89	Atendimento após o desligamento do beneficiário, ou seja, após a perda da condição de beneficiário.
90	Assinatura divergente da existente no cadastro, ou seja, da carteira de identidade.
91	Beneficiário com pagamento em aberto.
92	Assinatura do titular ou responsável inexistente.
93	Identificação do beneficiário não consistente, ou seja, não corresponde aos dados existentes no cadastro ou está incompleto.
94	Serviço profissional hospitalar não é coberto pelo FUSEx
95	Cadastro do beneficiaria com problemas na aprovação do recadastramento
96	Idade do beneficiário acima da idade limite
97	Beneficiário com atendimento suspenso
98	Data de validade vencida no cartão ou na declaração Provisória
99	Nome do titular inválido
100	Dados do titular incompletos
101	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
102	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
103	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
104	Solicitação anterior à data da admissão
105	Solicitação após a data da alta hospitalar
106	Assinatura/carimbo do credenciado inexistente
107	Atendimento/Referência fora da vigência o contrato
108	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
109	Especialidade não cadastrada
110	Especialidade não cadastrada para o prestador
111	Tipo de Guia de Encaminhamento inválido
112	Não Existe o número da Guia principal informado
113	Cobrança em Guia indevida
114	Item pago em outra Guia
115	Número da Guia de Encaminhamento invalido
116	Guia já apresentada em outra fatura
117	Procedimento contatado não está de acordo com o tipo de Guia utilizado
118	Serviço do tipo Cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na Guia
119	Prestador executante não informado
120	Prestador contratado não informado
121	Guia com rasura
122	Guia sem assinatura e/ou carimbo do médico ou gestor do FUSEx
123	Guia sem data/hora do atendimento
124	Guia com código de serviço preenchido incorretamente
125	Guia sem assinatura do assistido
126	Identificação do assistido incompleta
127	Validade da Guia expirada
128	Procedimento não autorizado
129	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
130	Não existe Guia de autorização relacionada
131	Número da Senha informada diferente do liberado
132	Serviço solicitado não possui cobertura
133	Quantidade solicitada acima da autorizada
134	Quantidade serviço solicitado acima coberto

135	Serviço solicitado em carência
136	Solicitante não informado
137	Procedimento não autorizado para o beneficiário
138	Solicitante não cadastrado
139	Solicitante não habilitado
140	Solicitante Suspenso
141	Serviço solicitado já autorizado
142	Serviço solicitado fora da cobertura
143	Serviço solicitado é de pré-existência
144	Especialidade não cadastrada para o solicitante
145	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
146	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
147	Necessita pré-autorização do FUSEx
148	Não autorizado pela auditoria médica
149	Necessidade de auditoria medica
150	Tipo de doença inválido
151	Caráter de internação inválido
152	Regime de internação inválido
153	Tipo de internação inválido
154	Urgência não aplicável
155	Código CID não informado
156	Código CID inválido
157	Reincidência no atendimento
158	Tipo de atendimento inválido ou não informado
159	Tipo de consulta inválido
160	Pagamento conforme relatório de auditoria concorrente
161	Urgência não aplicável
162	Internação anterior à Admissão
163	Final de intervenção anterior ao início da intervenção
164	Alta Hospitalar anterior ao final da intervenção
165	Alta anterior à data de internação
166	Motivo de saída inválido
167	Óbito mulher inválido
168	Intervenção anterior à internação
169	Serviço não pode ser realizado no local especificado
170	Consulta não autorizada
171	Serviço ambulatorial não autorizado
172	Internação não autorizada
173	Cobrança fora do prazo de validade
174	Cobrança de procedimento em duplicidade
175	Honorário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência
176	Valor apresentado a maior
177	Quantidade superior a descrita em prontuário
178	Não existe valor para o procedimento realizado
179	Falta prescrição médica
180	Falta evolução de Enfermeira
181	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
182	Assinatura do Médico responsável pelo exame inexistente
183	Faturamento Inválido
184	Valor do serviço inferior ao valor da tabela
185	Percentual de redução/ acréscimo fora dos valores definidos em tabela
186	Procedimentos inválido
187	Procedimento incompatível com o sexo do beneficiário
188	Idade do beneficiário incompatível com o procedimento
189	Números de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
190	Valor total do procedimento diferente do valor processado
190	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
191	Procedimento médicos duplicados
192	Procedimento não conforme com o CID
193	Cobrança de procedimento não executado

194	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico
195	Procedimento sem registro de execução
196	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico
197	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
198	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior a do atendimento
199	Procedimento não autorizado
200	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
201	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
202	Cobrança de procedimento com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
203	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
204	Cobrança de procedimento não compatível com a idade
205	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico
206	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa técnica adequada.
207	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
208	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior a do atendimento
209	Acomodação informada não está de acordo com acomodação CREDENCIADA
210	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
211	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
212	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
213	Acomodação não informada
214	Quantidade UTI não prevista para o procedimento
215	Usuário não possui cobertura de UTI
216	Acomodação não autorizada
217	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia.
218	Permanência hospitalar para investigação injustificada
219	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI
220	Código de diária incompatível com local de atendimento
221	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar
222	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes.
223	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica
224	Material sem cobertura para atendimento ambulatorio
225	Material não especificado
226	Material sem nota fiscal do fornecedor
227	Fracionamento de contas com mais de uma Guia de Encaminhamento (fracionando as guias em contas separadas)
228	Material informado não coberto
229	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência
230	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
231	Quantidade de material superior à quantidade coberta
232	Cobranças de materiais inclusos nas taxas
233	Cobrança de material incluso no pacote negociado
234	Cobrança de material incompatível no relatório técnico
235	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizado
236	Cobrança de material não utilizado
237	Ficha de Plano de Tratamento Oncológico (PTO) com os dados solicitados pelo FUSEx sendo informados incompletos
238	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
239	Medicamento não especificado
240	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor
241	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero
242	Medicamento informado não coberto
243	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência
244	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com o procedimento realizado
245	Quantidade de medicamento superior à quantidade coberta
246	Cobrança de medicamento incluso nas taxas
247	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado
248	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico
249	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada
250	Cobrança de medicamento não autorizado

251	No espelho da Fatura com constam registradas todas as guias correspondentes à conta do paciente. Exemplo: a conta contém 03 (três guias: Honorários, Taxas e Mat/Med), sendo que a OCS soma todos os valores para uma única guia e lança somente esta no espelho, omitindo as demais o espelho.
252	OPME sem cobertura para atendimento ambulatorial
253	OPME sem nota fiscal do prestador
254	Quantidade de OPME deve ser maior que zero
255	OPME informado não coberto
256	OPME informado não autorizado
257	Cobrança de OPME não utilizado
258	Cobrança de OPME no item material e medicamentos
259	Cobrança de OPME em desacordo com relatório técnico
260	Cobrança de OPME em quantidade incompatível com o procedimento realizado
261	Cobrança de OPME inclusa no pacote
262	Transferência de paciente de uma OCS para outra sem autorização
263	Cobrança de oxigênio terapia sem prescrição médica
264	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência / pago valor corrigido
265	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada
266	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso (entrada e saída)
267	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência
268	Cobrança de CO2 nas cirurgias Videolaparoscópica
269	Cobrança de ar comprimido sem registro no boletim anestésico e duração de uso
270	Cobrança de gases incompatível com o utilizado / prescrito
271	Entregar as faturas fora do prazo
272	Taxa / aluguel inválido
273	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado / uso previsto no procedimento
274	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI
275	Cobrança de outras taxas associadas / inclusas na cobrança da taxa de sala prevista
276	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico.
277	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos
278	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos.
279	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar
280	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado
281	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem registro de permanência
282	Cobrança de taxa de sala de recuperação anestésica não justificada para o procedimento
283	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado
284	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento
285	Taxa exige informação do valor da Guia
286	Cobrança de taxa de recuperação para pacientes com pós-operatório imediato realizado na UTI/CTI
287	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista
288	Cobrança de taxa da sala incompatível com o procedimento
289	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação
290	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com pacote anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado
291	Cobrança de taxa em quantidade incorreta
292	Cobrança de taxa por uso de equipamentos de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso.
293	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento
294	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação
295	Cobrança de material sem pertinência técnica para o ato cirúrgico
296	Procedimento em série inválido
297	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas
298	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo.
299	Quantidade de sessões cobradas não condiz com as assinaturas no controle de tratamento seriado
300	O código autorizado está incompatível com a prescrição médica solicitada
301	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado.
302	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quando clínico
303	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
304	Ausência de evolução do prontuário médico do tratamento seriado realizado
305	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico
306	Cobrança do tratamento seriado sem justificativa clínica / técnica

307	Serviço não contratado para o prestador
308	Local de atendimento inadequado
309	Quantidade cobrada diferente da realizada
310	Codificação incorreta / inadequada do procedimento
311	Cobrança de honorários inclusos no procedimento principal
312	Cobrança de honorários sem registro da efetiva participação do profissional
313	Procedimento principal não requer equipe medica
314	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico
315	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto (inexistente)
316	Cobrança de honorário em duplicidade
317	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
318	Local de atendimento não informado
319	Procedimento inválido
320	Cobrança de exame não solicitado pelo médico
321	Exame sem registro de execução
322	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico.
323	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
324	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
325	Exame não autorizado
326	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
327	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
328	Cobrança de exame que exige autorização prévia
329	Cobrança de exame com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
330	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
331	Cobrança de exame não compatível com a idade
332	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico
333	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
334	Exame cobrado não correspondente ao exame executado
335	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento
336	Exame não justificado caráter de urgência
337	Cobrança de material não coberto pelo FUSEx
338	Pacote inválido
339	Pacote incompatível com o sexo do beneficiário
340	Idade do beneficiário incompatível com o pacote
341	Valor total do pacote diferente do valor processado
342	Valor do pacote superior ao valor dos itens
343	Cobrança de pacote não executado
344	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico
345	Pacote sem registro de execução
346	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico
347	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
348	Cobrança de pacote com data de autorização posterior à do atendimento
349	Pacote não autorizado
350	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
351	Itens de composição do pacote não realizados
352	Cobrança do pacote exige autorização prévia
353	Cobrança de pacote com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
354	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
355	Cobrança de pacote não compatível com a idade
356	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico
357	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado. Sem justificativa adequada.
358	Pacote cobrado não corresponde exame executado
359	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento
360	Glosa Total da conta
361	Revisão de glosa inválida
362	Glosa mantida
363	Pedido de revisão sem justificativa
364	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia / protocolo

365	A guia não é de revisão
366	Número de guia inválido
367	Glosa Parcial da conta
368	Boletim de Atendimento de Urgência com pelo um campo não preenchido
369	Prescrição médica sem data e/ou assinatura do médico
370	Dieta sem especificação e posologia
371	Destinatário não identificado
372	Mensagem inconsistente ou incompleta
373	Guia de Encaminhamento lançada na fatura pela OCS/PSA contendo anotações, rasuras, carimbos, assinaturas, etc, não previstas nem autorizadas pelo FUSEx
374	Sem o registro da equipe de enfermagem
375	Boletim de Atendimento de Urgência contendo emenda ou rasuras.
376	Prescrição médica com emendas ou rasuras
377	Ausência de data e assinatura no Boletim Cirúrgico
378	Ausência de data e assinatura no Boletim Anestésico
379	Intervalo de códigos destinados às mensagens particulares de cada entidade tendo a apresentação de descrição obrigatória
380	Outros (conforme regulação administrativa e notificação prévia à OCS/PSA durante a vigência do contrato)

20. CONSIDERAÇÕES

O não cumprimento dos requisitos contidos neste Termo de Referência de Custos, no Edital de Credenciamento e no Termo de Contrato torna o serviço prestado pela OCS/PSA inválido para processamento e o pagamento das despesas decorrentes, causando glosa, consequentemente, por caracterizar realização de procedimento que exige prévia solicitação formal de autorização, de acordo com as regras do CONTRATANTE, sem que a autorização tenha sido dada formalmente pelo Serviço de Auditoria do 2º BEC.