



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMSE -2ª RM
BASE DE APOIO REGIONAL DE SOROCABA
(14ª Circunscrição de Recrutamento/1946)

Parecer Técnico nº 24/2024-EscSaúde/2ª RM, de 14/10/2024 (reajuste)

1. ORIENTAÇÕES GERAIS

1.1 DOS HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL:

Os procedimentos decorrentes dos serviços descritos no Edital, constantes na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), serão apreçados e remunerados tendo como referência os valores de Porte e Unidade de Custo Operacional (UCO), constantes da CBHPM 2010, quando não constarem em pacotes. Na ausência do procedimento na Tabela Própria e da CBHPM 2010, será utilizada as Edições Subsequentes da CBHPM 2010, quando não existir Código Semelhante na Tabela Contratada, mantendo o Porte e UCO da CBHPM 2010, de acordo com o que se segue:

1.1.1. A cada procedimento cirúrgico, incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 dias após o ato cirúrgico. Posterior a este prazo, segue conforme descrito no item 1.2 deste anexo;

1.1.2. Para procedimentos cirúrgicos, quando o plano de acomodação for apartamento ou quarto privativo, a valoração do Porte será o dobro de sua quantificação, as acomodações inferiores (enfermaria) não terão a sua valoração do Porte em dobro; e não cabe cobrança de instrumentador cirúrgico;

1.1.3. A Unidade de Custo Operacional (UCO) será de **R\$ 12,67** (doze reais e sessenta centavos) para honorários médicos;

1.1.4. Os Portes também terão como referência os valores constantes da TABELA CBHPM 2010.

1.2 HONORÁRIOS MÉDICOS – CBHPM 2010, UCO 12,67 E EDIÇÕES SUBSEQUENTES DA CBHPM 2010, QUANDO NÃO EXISTIR CÓDIGO SEMELHANTE NA TABELA CONTRATADA, MANTENDO PORTE E UCO DA CBHPM 2010.

1.2.1. Consulta médica em Pronto Socorro: **Valor: 108,66.**

1.2.2. Consulta médica ambulatorial/eletiva: **Valor R\$ 108,66**, com retorno em 30 dias ou para avaliação de exames inclusos;

1.2.3. Plantão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 12 horas – médico intensivista/diarista para qualquer tipo de acomodação: **Valor: 146,02.**

1.2.4. Visita médica hospitalar em enfermaria: **Valor: 78,48.**

1.2.5. Visita médica hospitalar em apartamento: **Valor: 84,52.**

1.2.6. Interconsulta de especialidade será ressarcida somente com solicitação do médico assistente e registradas em prontuários com assinatura e carimbo do especialista;

1.2.7. Fica estabelecido que nenhum procedimento médico e/ou serviço de diagnóstico terapia terá o Porte acrescido;

1.2.8. Demais procedimentos médicos que não constem em pacotes: valores constantes da TABELA CBHPM 2010.

1.3. O PORTE ANESTÉSICO: CBHPM 2010, UCO 12,67 E EDIÇÕES SUBSEQUENTES DA CBHPM 2010 QUANDO NÃO EXISTIR CÓDIGO SEMELHANTE NA TABELA CONTRATADA, MANTENDO O PORTE E UCO DA CBHPM 2010.

1.4. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS – o apreçamento e remuneração dos Serviços e Exames Complementares e Terapia em Geral serão realizados da seguinte forma:

1.4.1. Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico):

1º OPÇÃO: TABELA PRÓPRIA DA UG/FUSEx; e

2º OPÇÃO: CBHPM 2010, UCO 12,67 E EDIÇÕES SUBSEQUENTES DA REFERIDA CBHPM, QUANDO NÃO EXISTIR CÓDIGO SEMELHANTE NA TABELA CONTRATADA, MANTENDO PORTE E UCO DA CBHPM 2010.

1.4.2. Procedimentos de Radiologia Odontológica: Os valores dos procedimentos odontológicos serão cobrados na base de 90% dos previstos na Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos (VRPO), Edição 2016 – VRPO/2016-SP, elaborada pelo SOESP, podendo esta ser obtida diretamente no órgão contratante ou sítio <https://www.soesp.org.br>.

1.4.2.1. Os CD's estão inclusos nos exames, quando necessário.

1.4.3. Exames Laboratoriais: CBHPM 2010, UCO 12,67 e EDIÇÕES SUBSEQUENTES DA CBHPM QUANDO NÃO EXISTIR CÓDIGO SEMELHANTE NA TABELA CONTRATADA, MANTENDO PORTE E UCO DA CBHPM 2010.

1.4.4. Coleta de Exame domiciliar: Taxa de deslocamento fixada em Valor: R\$ 36,21.

1.4.5. Filmes radiográficos: serão renumerados no Valor R\$ 30,28 m², quando fora dos pacotes;

1.4.6. Demais exames: CBHPM 2010, UCO 12,67 e EDIÇÕES SUBSEQUENTES DA CBHPM QUANDO NÃO EXISTIR CÓDIGO SEMELHANTE NA TABELA CONTRATADA, MANTENDO PORTE E UCO DA CBHPM 2010, quando não estiverem em pacote.

1.5. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS HOSPITALARES – PACIENTES INTERNADOS:

1.5.1. Fonoaudiologia / Nutrição / Psicologia / Terapia Ocupacional / Fisioterapia:

ESPECIALIDADE:	VALOR SESSÃO/AVALIAÇÃO
Fonoaudiologia	36,21
Nutrição	36,21
Terapia Ocupacional	36,21
Psicologia	36,21
Fisioterapia Motora	24,15
Fisioterapia Respiratória	24,15

1.6. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS:

1.6.1. Fonoaudiologia / Nutrição / Psicologia / Terapia Ocupacional / Fisioterapia:

ESPECIALIDADE (SESSÃO/AVALIAÇÃO)	VALOR
Fonoaudiologia	72,00
Nutrição	72,00
Terapia ocupacional	72,00
Psicologia individual	72,00
Psicologia para casal	72,00
Psicoterapia ¹	72,00
Acupuntura com agulhamento – incluso material	72,00
Quiropraxia	72,00
Fisioterapia	- Avaliação – 72,00 - Sessão será utilizada Tabela própria; e - Na ausência do procedimento na tabela própria, será utilizado a tabela do Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos - RNPF 2020, com o REFERENCIAL CV multiplicado pelo Coeficiente de Valoração (CV) em R\$ 0,30

1.6.2. Procedimentos na área de **TERAPIAS ESPECIAIS**, para pessoas com necessidades especiais:

(Redação acrescida e aprovada de acordo com “Parecer Técnico nº 075 – DRAS/ D SAU, de 23 Fev 22, aviso de alteração publicado no DOU em 31/03/2022, Edição 62, Seção 3, pág. 21)

TERAPIAS ESPECIAIS		
Código TUSS	Procedimento	Remuneração (por sessão)
90204007	Psicologia	R\$ 120,00
90204002	Fonoaudiologia	R\$ 120,00
90204003	Terapia ocupacional	R\$ 120,00
90204016	Terapia de Integração Sensorial	R\$ 120,00
90204004	Fisioterapia	R\$ 120,00
90204012	Kuevas Medek Exercises	R\$ 120,00
90204008	Psicopedagogia	R\$ 100,00

1.6.3. Pediatria – Puericultura e Prematuros

Código	Procedimentos – Consulta pediátrica	Valor
	Consulta médica pediátrica/Puericultura/ Especialista em prematuros	R\$ 150,00
30203015	Frenectomia	R\$ 200,00
Parecer técnico nº057 – DRAS/D Sau em 27 de fevereiro de 2023		

1.7. AS DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS HOSPITALARES:

1.7.1. Serão apreçados e remunerados conforme capítulo específico deste anexo, sendo seus valores estabelecidos a partir de MAPA COMPARATIVO DE VALORES DE DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS HOSPITALARES;

1.7.2. A Diária Hospitalar inclui assistência enfermagem, serviço de camareira, cozeira, serviços gerais, acomodação, incluindo utilização de aparelhagens e equipe técnica e exames de monitorização; e alimentação do paciente e será paga conforme os valores constantes em capítulo específico deste anexo;

1.7.3. A diária da UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI), será paga conforme os valores constantes em capítulo específico deste anexo, incluindo a utilização de aparelhagens, equipe técnica e exames de monitorização;

1.7.4. Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punções (venosa/arterial – acesso central ou periférico);

1.7.5. Excluir-se-á do valor das diárias supracitadas, os exames complementares, gases, materiais, medicações, intercorrências cirúrgicas e honorários médicos.

1.8. PARA O APREÇAMENTO E REMUNERAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DOS MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

1.8.1. Medicamentos:

Para os medicamentos não constantes na Tabela Brasíndice, a remuneração será mediante apresentação da Nota Fiscal, com acréscimo de 10%.

- Para os medicamentos de Alto Custo, a OCS deverá apresentar 3 orçamentos e a remuneração será mediante apresentação da Nota Fiscal, com acréscimo de 10%, do menor orçamento.

1.8.2. Materiais médico-hospitalares:

1.8.2.1. Os valores dos materiais descartáveis são fixados em tabela própria.

1.8.2.2. Se o material não constar na tabela própria, será utilizada o parâmetro de **70% da Tabela SIMPRO atual** – preço de mercado/unidade ou fracionado (atualizada), adotando-se subsidiariamente a **70% da Tabela Brasíndice** (material não constante da SIMPRO), ou ainda caso não conste os materiais em nenhuma das tabelas já descritas, a remuneração será mediante apresentação de Nota Fiscal com acréscimo de 10%.

1.8.2.3. Os materiais utilizados nos atendimentos aos beneficiários, que não constarem em nenhuma tabela pré-definida, deverão ter seu preço comprovado por nota fiscal de aquisição, sem acréscimo, respeitando sempre o valor médio praticado no mercado, mediante pesquisa realizada pela B Ap R Sorocaba, bem como a necessidade de seu emprego devidamente justificada e autorizada pela CONTRATADA.

1.8.3. Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Cirúrgicos (OPMEC):

1.8.3.1. Nos casos de urgência ou emergência, e tendo o CREDENCIADO disponibilidade, poderá fornecer diretamente as Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Cirúrgicos (OPMEC), sendo que para o apreçamento e a

remuneração dos mesmos utilizar-se-á pesquisa de preços, que deverá conter, no mínimo, **03 (três) orçamentos** ou, quando não for possível obtê-los, comunicados de não disponibilidade de material, sendo remunerados no menor preço, mediante apresentação de nota fiscal que comprove o real e justo custo do material, admitindo-se taxa de comercialização de até **10%** (dez por cento).

1.8.4. Dietas Especiais e outros produtos nutricionais industrializados

Tabela própria para remuneração de Dietas enterais:

DIETAS:	VALOR
alfamino lata 400g	164,08
impact 200 ml	109,38
impact pack 1.5 1000ml	546,94
isosource 1.5 pack 1000ml	367,50
isosource soya fiber 1.2 kcal (home care)	60,96
novasource gc 1.5 1000ml sf	R\$ 420,00
novasource gc 200ml	54,69
novasource gc baunilha pack 1000ml	R\$ 210,00
novasource renal sf 1000 ml	R\$ 420,00
novasource senior 1.2 1000ml sf	R\$ 525,00
nutren 1.5 200ml	39,60
nutren 2.0 200ml	27,35
nutren jr pó 400g	59,07
nutren senior pó 370 g	54,12
peptamen 1.5 250 ml as	87,50
peptamen jr 400g	59,07
peptamen prebio 1000ml sf	382,86
resource fiber mais lata 260 g	52,59
resource fiber mais sache 5 g	3,67
resource glutamina sache 5g	23,39
resource protein 240g	125,80
resource thicken-up clear sache	7,38
fresubin jucy drink 200ml	49,05
fresubin energy fiber 1000ml	367,50
fresubin protein energy drink 200ml	70,87
fresubin hp energy 1000ml	315,00
nutrison energy mf 1000ml	164,08
nutrini standart 500ml sf	109,38
infatrini 125ml frasco	54,69
calogen 200ml	50,56
nutrini pepti sf 500ml	164,08
leite nan comfor 1 400g	53,60
mucilon arroz 400g	50,98

mucilon milho 400g	50,98
leite nan ar 400g	65,63
leite ninho fases 1 + lata 400grs	65,63
leite pregomin pepti 400g	144,90
leite aptamil 2 lata 400g.	61,80
leite aptamil soja 1 lata 400g	R\$ 89,25
leite aptamil soja 2 lata 400g	R\$ 89,25

1.8.5. Gases medicinais

1.8.5.1. Valores constantes em capítulo específico deste anexo.

1.8.6. Sangue e Hemocomponentes

1.8.6.1. Hemoterapia e hemoderivados (exames laboratoriais) serão cobradas em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada (CBHPM 2010), UCO 12,67 e EDIÇÕES SUBSEQUENTES DA CBHPM QUANDO NÃO EXISTIR CÓDIGO SEMELHANTE NA TABELA

1.9. Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar e Inter - Hospitalar Móvel

(Parecer Técnico N° 78-Gab Dir/D Sau)

1.9.1. Tipos de Remoção Simples:

DESCRIÇÃO REMOÇÃO SUPORTE BÁSICO	PARECER DSAU (R\$)
Valor para remoção (ida) dentro do município de Sorocaba/SP:	R\$ 260,00
Valor para remoção (ida e volta) dentro do município de Sorocaba/SP: (sem hora parada)	R\$ 380,00
Taxa de saída fora do perímetro urbano:	R\$ 260,00
Valor por quilometro rodado:	R\$ 6,00
Valor por hora parada:	R\$ 95,00

1.9.2. Tipos de Remoção UTI - adulto / pediátrico / neonatal:

DESCRIÇÃO REMOÇÃO SUPORTE AVANÇADO (UTI MÓVEL)	PARECER DSAU (R\$)
Valor para remoção (ida) dentro do município de Sorocaba/SP:	R\$ 970,00
Valor para remoção (ida e volta) dentro do município de Sorocaba/ SP: (sem hora parada)	R\$ 1.300,00

Taxa de saída fora do perímetro urbano:	R\$ 810,00
Valor por quilometro rodado:	R\$ 9,80
Valor por hora parada:	R\$ 160,00

1.9.3. CREDENCIADO fará constar da conta hospitalar, por ocasião da apresentação das faturas, a cópia da ficha de serviço de transporte com a hora de saída, chegada, quilometragem rodada e hora parada, quando houver. Constar também assinatura do responsável pelo beneficiário.

1.9.4. Está incluso no serviço de Atendimento Pré-Hospitalar e Inter Hospitalar Móvel, honorários médicos (especialistas), materiais, medicamentos, taxas de equipamento e serviços.

CAPÍTULO I – LISTA REFERENCIAL PARA DIÁRIAS, TAXAS, MATERIAIS, DIETAS E INSTRUÇÕES GERAIS DO FuSEx

SERVIÇOS HOSPITALARES	VALOR
DIÁRIAS	
DIÁRIA DE UNIDADE DE QUEIMADOS	649,00
DIÁRIA DE SEMI INTENSIVA	331,12
DIÁRIA DE APARTAMENTO	326,76
DIÁRIA DE ENFERMARIA QUARTO DE 2 a 3 LEITOS	184,69
DIÁRIA BERÇÁRIO	113,64
HOSPITAL DIA (12 HORAS) APARTAMENTO	234,40
HOSPITAL DIA (12 HORAS) ENFERMARIA	170,45
UTI (GERAL/PEDIÁTRICA/NEONATAL)	794,70
DIÁRIA DE ISOLAMENTO APARTAMENTO	424,78
DIÁRIA DE ISOLAMENTO ENFERMARIA	240,10
DIÁRIA DE ISOLAMENTO UTI	1.033,11
TAXA DE SALAS	
	Valor
CIRURGIA EXTERNA PEQUENA (PORTE 0)	150,45
CIRURGIA PEQUENA (PORTE 1)	241,72
CIRURGIA MÉDIA (PORTE 2)	317,88
CIRURGIA MÉDIA (PORTE 3)	374,17
CIRURGIA GRANDE (PORTE 4)	466,88
CIRURGIA GRANDE (PORTE 5)	612,58
CIRURGIA ESPECIAL (PORTE 6)	773,51
CIRURGIA ESPECIAL (PORTE 7)	976,80
RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	60,37
AMBULATORIAL - QUANDO FORA DO PACOTE	75,33
BRONCOSCOPIA, COLONOSCOPIA, ENDOSCOPIA, RETOSSIGMOIDOSCOPIA (QUANDO FORA DO PACOTE)	75,33
SALA DE EMERGÊNCIA	60,37
OBSERVAÇÃO PRONTO SOCORRO (6 HORAS)	84,52
OBSERVAÇÃO PRONTO SOCORRO (12 HORAS)	108,66
GASES	
	Valor

Ar comprimido – hora	12,07
Gás carbônico – hora	48,30
Oxido Nitroso / Protoxido Azoto – hora	24,15
Nitrogênio – hora	24,15
Oxigênio – hora	21,73
Oxigênio - 15 (quinze) minutos	6,03
Inalação com ar comprimido - sessão (taxa única, inclui gás, materiais e medicamentos)	9,66
Inalação com oxigênio - sessão (taxa única, inclui gás, materiais e medicamentos)	12,07
REFEIÇÃO	
	Valor
Diária completa de acompanhante somente para menores de 18 anos e maiores de 60 anos	24,15

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Diárias de Apartamento completo com ou sem alojamento conjunto, Enfermaria com ou sem alojamento conjunto e Hospital-Dia

1.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:

1.1.1. Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade.

1.1.2. Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, copeira e serviços gerais.

1.1.3. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental.

1.1.4. Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia).

1.1.5. Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc.); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito, curativos (exceto materiais).

1.1.6. Pulseiras de identificação, preparo do paciente para realização de procedimento cirúrgico e exames de SADT; Assepsia, antisepsia e desinfecção de equipamentos e materiais; Aspirador elétrico, simples ou a vácuo, monitor cardíaco múltiplos parâmetros, se necessário, pressão não invasiva (PNI), bomba de infusão, nebulização, aparelho de glicemia, oxímetro de pulso.

1.1.7. Materiais: absorventes, entre outros itens especificados como inclusos nas diárias, conforme capítulo II.

1.1.8. Orientação nutricional no momento da alta; Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, ultrassom, etc.).

1.1.9. Aspirador de secreções.

1.1.10. Taxa de vigilância epidemiológica.

1.1.11. Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas.

1.1.12. Alimentação após 6 horas, em caso de paciente em pronto-socorro.

2. Diárias de Unidade de Terapia Intensiva / Unidade Coronariana

2.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:

2.1.1. Todos os itens que compõem as diárias constantes do item 6, incluindo a acomodação de acompanhante;

2.1.2. Monitor cardíaco contínuo, capnografia, pressão não invasiva (PNI), aparelho de CPAP, BIPAP, respirador, conforme disposto na RDC

2.1.3. Desfibrilador.

2.1.4. Não está incluído: materiais e medicações, sangue e derivados, materiais e medicamentos especiais para curativos especiais, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, leito de isolamento.

3. Diárias de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica / Neonatal

3.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:

3.1.1. Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 7, Incluindo a acomodação de acompanhante;

3.1.2. Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP e fototerapia até 24 horas.

4. Diárias de Berçário Patológico

4.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:

4.1.1. Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 6, incluindo a acomodação de acompanhante.

4.1.2. Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP e fototerapia até 24 horas.

5. Taxas de Sala em Centro Cirúrgico / Obstétrico

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

5.1.1. Sala Cirúrgica - portes 0 a 7 da Lista Referencial de Honorários Médicos: local, mesa operatória, rouparia de sala, da enfermagem e médico, serviços de enfermagem, assepsia e anti-sepsia da equipe, paciente e ambiente, paramentação de toda a equipe, esterilização do material, monitor de multiparâmetros (ECG contínuo, PNI, monitor de pressão invasiva, capnografia e oxímetro de pulso), desfibrilador, carrinho de anestesia, Iluminação (foco), controle dos sinais vitais, locomoção do paciente, bomba de infusão e aspirador de secreções.

5.1.2. Taxa de vigilância epidemiológica.

6. Taxas de sala de Recuperação pós-anestésica

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

6.2. Deverá incluir:

6.2.1. Local; leito; rouparia da sala, da enfermagem e médico.

6.2.2. Oxímetro de pulso, monitor cardíaco e de pressão não invasiva, aspirador de secreções, bomba de infusão, serviço de enfermagem e uso de materiais para desinfecção do ambiente.

7. Taxas de Sala Ambulatorial:

7.1. No valor das taxas deverão estar incluídos:

7.1.1. Sala Padrão ambulatorial: local; rouparia de sala, da enfermagem e médicos; serviços de enfermagem do procedimento; mesa principal e auxiliares; focos; preparo do paciente (sondagens) antisepsia da sala e instrumental;

7.1.2. Sala de Quimioterapia: sala de preparo do quimioterápico, quimioterapia sessão, serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos, paramentação de toda a equipe, curativos pequenos e médios.

7.2. Não cabe a cobrança de taxa de sala para administração via subcutânea e/ou via oral.

7.3. Equipos para infusão de drogas fotossensíveis terão o seu pagamento seguindo orientações da bula do medicamento.

8. Notas complementares:

8.1. Não será ressarcido a visita do médico hospitalista.

8.2. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica estão inclusas.

8.3. A medicação paga será a GENÉRICA de menor valor existente no mercado, de acordo com a prescrição médica. Caso houver justificativa médica a medicação poderá ser a ética após a liberação pela Seção de Auditoria de Contas Médicas da BApR Sorocaba, ficando a contratada responsável em apresentar tal justificativa, ficando sujeito à verificação in loco do serviço de auditoria do mesmo, se necessário.

8.4. Referencial para cobrança de medicamentos:

8.4.1. Todo medicamento em gotas: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro).

8.4.2. Xylocaína líquida: será cobrada por ml.

8.4.3. Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).

8.5. Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.

8.6. Estão inclusas taxas de registro de internação interno ou externo.

8.7. Placa de eletrocautério descartável será pago somente quando seu uso for indicado, sendo necessário descrição em folha de sala e embalagem anexada no prontuário.

8.8. Equipos de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia, salvo quando for em criança ou adulto com restrição hídrica fundamentada, sujeito a autorização da equipe de auditoria concorrente e solicitação do médico assistente com a justificativa para o uso.

8.9. Equipos para infusão de drogas fotossensíveis terão o seu pagamento seguindo orientações da bula do medicamento.

8.10. Equipos para infusão de drogas e soroterapias terão o seu pagamento conforme as orientações da ANVISA.

8.11. Cateter intravenoso periférico flexível (Jelco) e scalp: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias para troca, e até 02 (dois) por tentativa de punção/dia. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.

- 8.12.** Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência/emergência, terão que ter autorização prévia do SAMMED/FuSEx da Guarnição de Sorocaba - SP.
- 8.13.** Será pago o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente, exceto procedimentos cirúrgicos nos primeiros 10 dias após ato cirúrgico.
- 8.14.** Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
- 8.15.** As taxas de cirurgias serão pagas conforme procedimento realizado mediante a tabela em uso.
- 8.16.** Os materiais de punção deverão ser justificados em prontuário.
- 8.17.** Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da diária correta.
- 8.18.** Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48hs para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
- 8.19.** Os **curativos** especiais com ou sem o uso de placas especiais serão pagos no valor de até **R\$ 150,00**, mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro da comissão de feridas e descrição da enfermagem, valores acima de **R\$ 150,00**, deverão ser previamente avaliados e autorizados pela Seção de Auditoria de Contas Medicas.
- 8.20.** A taxa de aerosolterapia está incluída no uso de gases.
- 8.21.** As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
- 8.22.** Os EPI conforme NR 32 não serão pagos, será pago o uso da luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
- 8.23.** Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
- 8.24.** A visita do nutrólogo deverá ser pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta parenteral e após autorização de Auditoria Prévia do Contratante.
- 8.25.** Sonda vesical de demora será paga somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.
- 8.26.** Quando realizado simultaneamente mais de um ato cirúrgico, será ressarcido apenas 100% da taxa de sala de maior valor.
- 8.27.** Materiais descartáveis inclusos nas diárias ou não cobertos pelo FuSEx, estão descritos no Capítulo II desta Lista Referencial.
- 8.28.** Em relação à marca das OPMEC, será adotada a de menor valor, que terá que ter justificativa médica e embalagem do produto, juntamente com o boleto bancário, comprovante de pagamento e a Nota Fiscal, anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia da Seção de Auditoria da CONTRATANTE.
- 8.29.** A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário.
- 8.30.** Colchão pneumático ou equivalente será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.

8.31. A sonda nasoenteral (SNE) de alimentação (DOBBHOFF) será paga somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, e sua troca deverá ser justificada, sendo pago 1 (uma) sonda por internação/pronto-socorro a cada 30 dias, ou a cada 120 dias em caso de Home Care.

8.32. Curativo de recém-nato (coto umbilical) está incluso nas diárias.

8.33. Curativos Especiais:

8.33.1. Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo.

8.33.2. Em situações especiais, deverá ser justificado.

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

CAPÍTULO II - MATERIAIS DESCARTÁVEIS JÁ INCLUSOS NAS DIÁRIAS E TAXAS OU NÃO COBERTOS PELO FuSEx:

- 1) Abaixador de língua
- 2) Absorvente Higiênico
- 3) Aconchego
- 4) Adesivo para fixação
- 5) Água oxigenada
- 6) Álcool swab
- 7) Bacia plástica
- 8) Band-aid
- 9) Bandeja para raquianestesia ou bandejas em geral
- 10) Blusas descartáveis
- 11) Bolsa de água quente
- 12) Bom ar
- 13) Bomba para ordenha
- 14) Borracha de silicone
- 15) Borracha para aspirador
- 16) Cabo bipolar
- 17) Cadeira de apoio para banho
- 18) Calçados ortopédicos
- 19) Camisa para microcamera
- 20) Caneta para bisturi elétrico
- 21) Cânula de Guedel
- 22) Capa para microscópio/ artroscópio
- 23) Cepacol
- 24) Chuca/chupeta
- 25) Cidex
- 26) Cinta lombar
- 27) Clorohex
- 28) Cobre corpo
- 29) Colete lombar
- 30) Combi-red (tampa para soro)
- 31) Conector Luer – macho/ fêmea
- 32) Conector valvulado tipo clave®
- 33) Copo descartável
- 34) Cotonete – pago apenas para oftalmologia, quando procedimento estiver fora de pacote

- 35) Creme dental
- 36) Dermonimidi, Gehm-Hand, Esterilderm, álcool iodado
- 37) Despesas de frigobar
- 38) Dispositivo anti-trombolítico
- 39) Escova de degermação
- 40) Escova de dente
- 41) EPI's (Gorro, máscaras, propés, aventais descartáveis, capotes e calças, luva de procedimento, etc)
- 42) Espéculo descartável
- 43) Esponja para banho
- 44) Esponjas em geral
- 45) Estabilizador de tornozelo
- 46) Éter benzina e tintura de iodo
- 47) Filme endoscópio
- 48) Filtro respirador (qualquer tipo)
- 49) Fitas de vídeo
- 50) Fisohex, polvidine
- 51) Fixador externo
- 52) Formol
- 53) Frascos para exame
- 54) Gaze radiopaca
- 55) Gel para biométrica
- 56) Gerador de tecnécio
- 57) Germopol
- 58) Gesso sintético
- 59) Lâmina para tricotomia
- 60) Lençol descartável
- 61) Luva/ capa para aparelho de laparoscopia
- 62) Manta térmica tipo WarmTouch® ou equivalente
- 63) Manteiga de cacau
- 64) Máscara laríngea
- 65) Material de banho do RN
- 66) Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica compressora
- 67) Mercúrio de prata
- 68) Micro por espaçador
- 69) Muletas
- 70) Ostedlite
- 71) Palito de laranjeira
- 72) Pasta gel
- 73) Pijama descartável
- 74) Plug adaptador macho/fêmea
- 75) Redutor trocáter
- 76) Sabonete
- 77) Sandália para gesso
- 78) Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo
- 79) Sensor infantil/neonatal
- 80) Sensor para oxímetro
- 81) Subgalato de bisnuto
- 82) Tampa Cone Luer
- 83) Termômetro
- 84) Toalha descartável

CAPÍTULO III - DETERMINAÇÕES SOBRE ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS

- 1) ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 250 ml por dia.
- 2) AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL.
- 3) AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
- 4) AGULHA DE VEREES.
- 5) ALÇA DE POLIPECTOMIA.
- 6) ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU.
- 7) AORTIC PUNCH.
- 8) APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR: não será coberto.
- 9) ATADURA DE CREPON: será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
- 10) BALÃO HIDROSTÁTICO.
- 11) BALÃO INTRA AÓRTICO (ARROW).
- 12) BALÃO PNEUMÁTICO.
- 13) BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora e apenas 1 (uma) unidade, independentemente do número de tentativas, sua troca terá que ter justificativa e será analisada pelo CONTRATANTE.
- 14) BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 07 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
- 15) BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: será pago no máximo até 03 (três) por dia, com registro em prontuário.
- 16) BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL.
- 17) BOTTON PARA GASTROSTOMIA.
- 18) BULL DOG: não será pago.
- 19) CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF).
- 20) CABO CONEXÃO – CONEXÃO 603.
- 21) CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH).
- 22) CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA.
- 23) CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada ao prontuário.
- 24) CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por intubação – troca se necessário e mediante prescrição e justificativa em prontuário.
- 25) CÂNULA PARA ARTROSCOPIA.
- 26) CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE.
- 27) CATETER ABLAÇÃO.
- 28) CATETER ACS RX ROCKET.
- 29) CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA).
- 30) CATETER CEREBRAL LR (EPTCA).
- 31) CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET).
- 32) CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA).
- 33) CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. Não será pago em caso de retirada acidental.
- 34) CATETER DE FOGART.
- 35) CATETER DE OXIGÊNIO: será pago 01 (um) por internação.
- 36) CATETER DE PH METRIA.
- 37) CATETER DECAPOIAR (ST JUDES).
- 38) CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO.
- 39) CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA.

- 40) CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA).
- 41) CATETER DIAGNÓSTICO PASS.
- 42) CATETER DUODECAPOIAR.
- 43) CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele.
- 44) CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL).
- 45) CATETER GENSINI.
- 46) CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA).
- 47) CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON).
- 48) CATETER GUIA STERTZER.
- 49) CATETER GUIA UBRIT.
- 50) CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL.
- 51) CATETER HEAD HANTER.
- 52) CATETER JUDKINS – CE.
- 53) CATETER LEHMANN.
- 54) CATETER MULTIPOURPOSE.
- 55) CATETER NIH.
- 56) CATETER PHMETRIA.
- 57) CATÉTER PIGTAIL NIH.
- 58) SIMMONS, COBRA.
- 59) CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO.
- 60) CATETER SONES JUDKINS – CD.
- 61) CATETER SWAN GANZ: será pago valor integral, com embalagem anexa ao prontuário.
- 62) CATETER TRAVERSE: será pago valor integral, com embalagem anexa ao prontuário.
- 63) CATETER TRIPOLAR.
- 64) CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral, conforme negociação prévia.
- 65) CATETER VODA (CAT CORONARIAE).
- 66) CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: não será pago.
- 67) CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL.
- 68) CLIPADOR CURVO.
- 69) CLIPADOR RETO.
- 70) CLIPES PARA ANEURISMA.
- 71) CLIPES VENOSO DE PRATA: Será pago valor inteiro (prótese).
- 72) COLETOR DE URINA a CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
- 73) COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID.
- 74) CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO.
- 75) CONECTOR Y.
- 76) COTONÓIDE – para apenas para neurocirurgia
- 77) CPAP NASAL: incluso nas diárias.
- 78) DILATADOR.
- 79) DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO.
- 80) ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.
- 81) ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO.
- 82) ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO.
- 83) ENDOLOOP: será pago 01 (uma) Unidade.
- 84) EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: será pago 01 (uma) Unidade.
- 85) EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.
- 86) ESCLERÓTOMO.
- 87) ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS.
- 88) EXTENSOR DE BOMBA.
- 89) EXTENSOR DE PRESSÃO.
- 90) EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO).

- 91) FAIXA SMARCH.
- 92) FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER.
- 93) FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: não será pago.
- 94) FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: será pago 01 (um) a cada 03 (três) sessões.
- 95) FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18.
- 96) FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA.
- 97) FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO.
- 98) FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 03 (três) Unidades por dia ou em caso de diarreia.
- 99) GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR.
- 100) HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO).
- 101) INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO.
- 102) INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem anexa ao prontuário.
- 103) INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem anexa ao prontuário.
- 104) ISOLADOR DE PRESSÃO.
- 105) KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA.
- 106) KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VARIZES ESOFAGEANAS.
- 107) KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: será pago um para cada monitorização de PIA, S. GANZ, PIC E PVC: será pago com respectiva embalagem anexa ao prontuário.
- 108) KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA.
- 109) KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA.
- 110) KIT MAX VAC LEGACY.
- 111) KIT PARA VITRECTOMIA (quando fora do pacote).
- 112) LÂMINA DE SHAIVER: No caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, com embalagem anexa ao prontuário.
- 113) LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA.
- 114) LINHA DE TROCA.
- 115) LUVA ESTÉRIL: será pago somente para procedimento estéril.
- 116) MANIFOLD.
- 117) MANOBRADOR DE GUIA.
- 118) MANTA CAREQUILT.
- 119) MICROPINÇA.
- 120) ÓLEO DE SILICONE.
- 121) PAPILÓTOMA.
- 122) PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO.
- 123) PERFUSORES, TORNEIRINHAS: será pago a cada 72 horas para sua troca ou 1 (uma) para punção de acesso/dia, a média de utilização de three-way em UTI é de 06 (seis) por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
- 124) PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO.
- 125) PISTOLA DE IRRIGAÇÃO.
- 126) PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR).
- 127) PONTEIRA PARA FACO: não será pago.
- 128) PONTEIRO IRRIGADOR.
- 129) PRÓTESE PTFE.
- 130) PUNCH DE BHARRON.
- 131) REDUTOR TROCATER.
- 132) ROTOR (MANIPULADOR GUIA).
- 133) SERINGA INSUFLADORA.
- 134) SERRA DE GIGLI: não será pago.
- 135) SILICONE ESPONJOSO.
- 136) SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: será pago 01 (um) a cada 07 (sete) dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.

- 137) SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA.
 138) SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO.
 141) SOLUÇÃO CALIBRADORA.
 142) SONDA DE DORMIA.
 143) SONDA ENDOLASER.
 144) SONDA MANOMETRIA.
 145) SONDA NASOGÁSTRICA: sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
 146) STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: será pago valor integral, com embalagem anexa ao prontuário.
 147) STENT: será pago valor integral, com embalagem anexa ao prontuário.
 148) SURGICEL: será pago de acordo com o procedimento, sua descrição pelo cirurgião.
 149) TESOURA DE METZEMBAUER: não será pago.
 150) TORNEIRA 05 (CINCO) VIAS.
 151) TRANSDUTOR DE PRESSÃO.
 152) TREPANO DE HESBHURG.
 153) TROCATER.
 154) TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
 155) TUBO TRAQUEAL ARAMADO.
 156) TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL.
 157) VÁLVULA HEMOSTÁTICA 02 (DUAS) OU 03 (TRÊS) VIAS (CONECTOR Y).
 158) FILTRO DE LEUCÓCITO PARA DESLEUCOCITAÇÃO SANGUE: será pago 1/2 do valor, somente com indicação médica e autorização prévia da seção de Auditoria de Contas Médicas do 2º GAC.
 159) Látex extensor de O2/aspirador – será pago 1 para cada por internação.
 160) Outros não constantes nesta lista, a serem avaliados e definidos pelo Serviço de Auditoria Concorrente do Contratante.

CAPÍTULO IV - LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE

1. LISTA REFERENCIAL

1.1. Tabela com os valores referentes aos pacotes de internação domiciliar, gerenciamento mensal, oxigenioterapia e às locações mensais:

HOME CARE	VALOR
Pacote média complexidade 12 horas	301,85
Pacote alta complexidade 24 horas sem respirador	482,97
Gerenciamento básico mensal	370,88
Gerenciamento intermediário mensal	482,97
Gerenciamento avançado mensal	579,56
Técnico de enfermagem 6 horas	80,13
TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HS	106,84
TÉCNICO DE ENFERMAGEM 24 HS	160,27
Auxiliar / técnico de enfermagem por visita para procedimento (independentemente do número de procedimentos na visita)	81,13
Enfermeiro visita/procedimento (excedente – incluso no gerenciamento e diárias)	91,56
Clínico geral – consulta	289,74

Fisioterapia – sessão (motora e respiratória – incluso o cufômetro para pacientes traqueostomizados ou em ventilação mecânica)	69,54
Fonoaudiologia – sessão	75,33
Nutricionista consulta – por visita (se dieta enteral, ou com autorização prévia da Auditoria da B Ap R Sorocaba)	75,33
Terapia ocupacional sessão	75,33
Psicologia sessão	75,33
Acupuntura – sessão	75,33
Aspirador de secreção	Incluso na diária
Berço hospitalar manual -	Incluso na diária
Bomba infusão para dieta e medicamentos – mensal	Incluso na diária
Cadeira de rodas para obeso (180 kg) – mensal	R\$ 127,26
Cadeira de rodas simples (80 kg) – mensal	R\$ 96,39
Cadeira higiênica (80 kg) – mensal	R\$ 80,01
Cadeira higiênica p/ obeso (120 kg) – mensal	R\$ 105,00
Cama hospitalar manual com rodas e colchão – mensal	R\$ 128,83
Cama hospitalar motorizada 3 movimentos, c/ colchão – mensal	R\$205,06
Cilindro de O ₂ de 1m ³ incluso na implementação: carrinho + regulador, fluxômetro. Descartável: umidificador de oxigênio e cateter nasal	R\$ 78,48 CARGA R\$ 39,90 RECARGA
Cilindro O ₂ 4m ³ incluso na implementação: suporte fixação; regulador, fluxômetro. Descartável: umidificador de oxigênio e cateter nasal.	R\$ 78,48 CARGA R\$ 68,25 RECARGA
Cilindro O ₂ 8m ³ incluso na implementação: suporte fixação, regulador, fluxômetro. Descartável: umidificador de oxigênio e cateter nasal	R\$ 78,48 CARGA R\$ 78,75 RECARGA
Concentrador de O ₂ 5l/min., incluso na implementação: 1 cilindro de 8m ³ (backup); recarga para cilindro, suporte para cilindro; regulador, fluxômetro. Descartável: umidificador de oxigênio e cateter nasal – mensal	R\$ 458,81
Concentrador de oxigênio 5l/min. 3x1, incluso na implementação: 1 cilindro de 8m ³ (backup); 1 ^o recarga para cilindro, suporte para cilindro; regulador, fluxômetro. Descartável: umidificador de oxigênio e cateter nasal - mensal	R\$ 482,97
Concentrador de oxigênio 10l/min. simples, incluso na implementação: 1 cilindro de 8m ³ (backup); primeira recarga para cilindro, suporte para cilindro; regulador, fluxômetro - mensal	R\$ 521,54
Descartável: umidificador de oxigênio e cateter nasal	
Cpap (pressão fixa) incluso na implementação: 1 traqueia de 1,80m, 1 válvula de exalação simples – Mensal	R\$ 434,67

Cpap (pressão automática) incluso na implementação: 1 traqueia de 1,80m, 1 válvula de exalação simples – Mensal	R\$ 470,89
Bipap (pressão automática ou fixo) modelo simples, incluso na implementação: 1 traqueia de 1,80, 1 conector de porta de oxigênio, 1 válvula de exalação simples, base umidificação universal – Mensal	R\$ 579,49
Bipap/bilevel com frequência respiratória de backup, incluso na implantação: 1 traqueia de 1,80, 1 conector de porta de oxigênio, 1 válvula de exalação simples, base umidificação universal – Mensal	R\$ 811,29
Ventilador mecânico: incluso na implementação: 1 traqueia de 1,80, 1 conector de porta de oxigênio, 1 válvula de exalação simples, base umidificação universal• acv - volume assistido/controlado Pacv - pressão assistida/controlada V simv - ventilação sincronizada intermitente obrigatória por volume P simv - ventilação sincronizada intermitente obrigatória por pressão Cpap - pressão positiva contínua nas vias aéreas Psv/st - ventilação com suporte de pressão com ventilação de apneia - mensal	R\$ 2.317,98
Assistente de tosse tipo cough assist e70 da philips respironics ou equivalente, com 1 filtro bacteriológico, 1 traqueia de 1,80m, conector 22x22, 1 máscara de borda inflável (não invasivo) ou 1 espaço morto (invasivo). Mensal	R\$ 2.109,36
Guincho elétrico tipo Freedom ou equivalente – mensal	R\$ 241,48
Monitor multiparâmetros – mensal	R\$ 282,87
Oxímetro de pulso mesa – mensal (quando não estiver fazendo uso do monitor multiparâmetros)	R\$ 241,48

2. Assistência domiciliar – HOME CARE

- 2.1. Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta.
- 2.2. O atendimento será disponibilizado para pacientes residentes na macro região de Itu/Sorocaba-SP;
- 2.3. Valor: Será pago o honorário do profissional da área de saúde que está prestando a assistência domiciliar, de acordo com esta Lista de Referencial.

3. Internação Domiciliar:

3.1. Pacote Média Complexidade:

3.1.1. Internação Domiciliar 12horas.

3.1.2. Técnico de Enfermagem 12horas.

3.1.3. Equipamentos: aparelho de pressão arterial completo, termômetro, aparelho de glicemia, cadeira de higiene (80 Kg), suporte de soro, nobreak, aspirador de secreção, ambu, oxímetro de pulso.

3.1.4. Coleta de exames laboratoriais.

3.1.5. Supervisão de enfermagem e médica 1 visita semanal.

3.1.6. Treinamento do cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico 24h em plantão.

3.1.7. Exclui-se: serviço de urgência /emergência 24h com remoção e sessão de fisioterapeutas e outras especialidades serão cobrados a parte de acordo com o plano de cuidados e necessidade.

3.2. Pacote Alta Complexidade:

3.2.1. Internação domiciliar 24 horas.

3.2.2. Técnico de Enfermagem 24 horas.

3.2.3. Além do previsto no subitem 3.1.3, 3.1.14, 3.1.5 e 3.1.6, está incluído bomba de infusão.

3.2.4. Exclui-se: serviço de urgência /emergência 24h com remoção e sessão de fisioterapeutas e outras especialidades serão cobrados a parte de acordo com o plano de cuidados e necessidade.

4. Gerenciamento de casos crônicos:

4.1. Compreender a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias;

4.2. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeiro obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado como GCB, GCI ou GCA;

4.3. Gerenciamento de Caso Básico (GCB) compreende:

4.3.1. Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

4.3.2. Paciente dependente parciais ou independentes de seus cuidadores;

4.3.3. Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

4.3.4. Pacientes que apresentam histórico de reinternação sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimento e exames;

4.3.5. Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exarcebação da doença;

4.3.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas;

4.4. Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

4.4.1. Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com seqüela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

- 4.4.2.** Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 4.4.3.** Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;
- 4.4.4.** Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;
- 4.4.5.** Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetições de procedimentos e exames invasivos;
- 4.4.6.** Pacientes com infecções de repetição;
- 4.4.7.** Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês, um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas;
- 4.5. Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:**
- 4.5.1.** Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
- 4.5.2.** Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 4.5.3.** Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
- 4.5.4.** Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso á rede de atenção;
- 4.5.5.** Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis de procedimentos e exames invasivos;
- 4.5.6.** Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação;
- 4.5.7.** Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas;
- 4.6. Procedimentos de Enfermagem:**
- 4.6.1.** Serviços de técnico de enfermagem durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e, outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo;
- 4.6.2.** Serviços de técnico de enfermagem durante o atendimento domiciliar para cuidados contínuos e desmane da Internação Domiciliar;

5. VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (quando fora do pacote)

HONORÁRIO	VALOR
Médico (visita)	289,74
Enfermeiro (visita/procedimento)	91,56
Fisioterapia (sessão) (motora/respiratória)	69,54
Terapeuta Ocupacional (sessão)	75,33
Fonoaudiologia (sessão)	150,00 PT nº 10, 30/04/24 – 2ª RM
Psicologia (sessão)	75,33
Nutricionista (sessão)	75,33

6. INSTRUÇÕES GERAIS

- 6.1.** Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata conforme o número de dias da intenação domiciliar.
- 6.2.** No valor das diárias deverão estar incluídos:
- 6.2.1.** Troca de roupa de cama e banho de paciente;
 - 6.2.2.** Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
 - 6.2.3.** Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia);
 - 6.2.4.** Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclistma, tricotomia, etc.); Cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
 - 6.2.5.** Orientação nutricional no momento da alta;
 - 6.2.6.** Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, etc.);
 - 6.2.7.** Aspirador de secreções;
 - 6.2.8.** Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e
 - 6.2.9.** Equipamentos de proteção individual (EPI).
- 6.3.** As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 6.4.** Os materiais, medicamentos, OPMEC serão pagos conforme item subitem 1.8 do item “1. ORIENTAÇÕES GERAIS” desta Tabela Referencial.
- 6.5.** Referencial para cobrança de medicamentos:
- 6.5.1.** Xilocaína líquida: será cobrada por ml; e
 - 6.5.2.** Xilocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical Feminina = 10 (dez) gr e a sondagem vesical masculina = 20 (vinte) gr.
 - 6.5.3.** Todo medicamento em gotas: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro).
- 6.6.** Será pago o valor de uma visita semanal ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
- 6.7.** Não será pago coleta de exames pelos serviços terceirizados.
- 6.8.** Os materiais de punção até 02 (dois) por tentativa de punção/dia. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
- 6.9.** Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de diária.
- 6.10.** Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
- 6.11.** As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações, não serão cobertas quando estiverem cobrando junto ao equipo com injetor lateral.

- 6.12.** Os **curativos** especiais com ou sem o uso de placas especiais serão pagos no valor de até **R\$ 150,00** mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro da comissão de feridas e descrição da enfermagem, valores acima de **R\$ 150,00** deverão ser previamente avaliados e autorizados pela Seção de Auditoria de Contas Médicas.
- 6.13.** Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá ter justificativa.
- 6.14.** Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.
- 6.15.** Materiais descartáveis já inclusos nas diárias e taxas ou não cobertos pelo FuSEx, seguirão a mesma regra do Capítulo II deste Referencial.
- 6.16.** As determinações sobre OPMEC descartáveis e reutilizáveis seguirão as mesmas já descritas no Capítulo III deste Referencial.
- 6.17.** A descrição dos curativos seguirá as descritas no Capítulo V deste Referencial.
- 6.18.** Quanto as Dietas, o CREDENCIADO, poderá fornecer diretamente as dietas especiais, mediante autorização da Seção Auditoria de Contas Médicas da Base de apoio Regional de Sorocaba, sendo que para o **apreçamento e a remuneração** dos mesmos utilizar-se-á como referência o real e justo custo do material referente à data de utilização, conforme Tabela Própria a seguir, ou a Tabela Brasíndice Atual, com Deflator de 50%, ou ainda caso não conste na Tabela própria ou Tabela Brasíndice, será remunerado mediante apresentação da Nota Fiscal com acréscimo de 10%.

Tabela própria para remuneração de Dietas enterais:

DIETAS	VALOR
alfamino lata 400g	164,08
impact 200 ml	109,38
impact pack 1.5 1000ml	546,94
isosource 1.5 pack 1000ml	367,50
isosource soya fiber 1.2 kcal (home care)	60,96
novasource gc 1.5 1000ml sf	R\$ 420,00
novasource gc 200ml	54,69
novasource gc baunilha pack 1000ml	R\$ 210,00
novasource renal sf 1000 ml	R\$ 420,00
novasource senior 1.2 1000ml sf	R\$ 525,00
nutren 1.5 200ml	39,60
nutren 2.0 200ml	27,35
nutren jr pó 400g	59,07
nutren senior pó 370 g	54,12
peptamen 1.5 250 ml as	87,50
peptamen jr 400g	59,07
peptamen prebio 1000ml sf	382,86
resource fiber mais lata 260 g	52,59
resource fiber mais sache 5 g	3,67
resource glutamina sache 5g	23,39

resource protein 240g	125,80
resource thicken-up clear saché	7,38
fresubin jucy drink 200ml	49,05
fresubin energy fiber 1000ml	367,50
fresubin protein energy drink 200ml	70,87
fresubin hp energy 1000ml	315,00
nutrison energy mf 1000ml	164,08
nutrini standart 500ml sf	109,38
infatrini 125ml frasco	54,69
calogen 200ml	50,56
nutrini pepti sf 500ml	164,08
leite nan comfor 1 400g	53,60
mucilon arroz 400g	50,98
mucilon milho 400g	50,98
leite nan ar 400g	65,63
leite ninho fases 1 + lata 400grs	65,63
leite pregomin pepti 400g	144,90
leite aptamil 2 lata 400g.	61,80
leite aptamil soja 1 lata 400g	R\$ 89,25
leite aptamil soja 2 lata 400g	R\$ 89,25

CAPÍTULO V - LISTA REFERENCIAL DOS PACOTES DE PROCEDIMENTOS

1. Tabela com os valores dos Pacotes de Obstetrícia:

PACOTE DE PROCEDIMENTOS	VALOR
Parto normal - enfermaria com alojamento conjunto	4.485,63
Parto normal - apartamento com alojamento conjunto	5.191,97
Parto cesárea - enfermaria com alojamento conjunto	4.732,56
Parto cesárea - apartamento com alojamento conjunto	5.856,06

INCLUI:

- ATÉ 03 (TRÊS) DIÁRIAS PARA PARTO CESÁREA DE APARTAMENTO/ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO;
- ATÉ 02 (DUAS) DIÁRIAS PARA PARTO NORMAL DE APARTAMENTO/ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO;
- ACOMODAÇÃO DO ACOMPANHANTE;
- TAXA DE SALA DE PARTO/CIRÚRGICA E RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA;
- TAXAS DE EQUIPAMENTOS: MONITOR CARDÍACO, OXÍMETRO, BISTURI ELÉTRICO, ASPIRADOR, CARRINHO DE ANESTESIA, BERÇO AQUECIDO;
- SERVIÇOS DE ENFERMAGEM;

- GASOTERAPIA;
- MATERIAIS E MEDICAMENTOS, INERENTES AO PROCEDIMENTO;
- CARDIOTOCOGRAFIA;
- EXAMES LABORATORIAIS: ABO-RH, COOMB DIRETO/INDIRETO, PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS (MÉTODO DE ELUIÇÃO), GLICOSE, TESTE DO PEZINHO (BÁSICO), BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES, ÁCIDO FENILPIRÚVICO, TSH, VDRL, CA, MG, K, NA, HEMOGRAMA E T4.

EXCLUI:

- DIÁRIAS DE APARTAMENTO/ENFERMARIA A PARTIR DA 4ª DIÁRIA PARA PARTO CESÁREA E 3ª DIÁRIA PARA PARTO NORMAL;
- DIÁRIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA;
- HONORÁRIOS MÉDICOS;
- SADT, EXCETO OS DESCRITOS NA INCLUSÃO;
- EMISSÕES OTOACÚSTICAS;
- TESTE DO REFLEXO VERMELHO;
- EXAMES NÃO RELACIONADOS AO PARTO;
- TAXAS DE EQUIPAMENTOS CONSTANTES NA TABELA, EXCETO OS DESCRITOS NA INCLUSÃO;
- INTERCORRÊNCIAS;
- HEMOTERAPIA;
- FOTOTERAPIA;
- IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D E SURFACTANTE;
- REFEIÇÃO DO ACOMPANHANTE;
- TESTE DO PEZINHO AMPLIADO; E
- ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.

Observações:

- EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS, A CONTA SERÁ COBRADA ABERTA DE ACORDO COM A TABELA NEGOCIADA; E
- EM CASOS DE PARTO MÚLTIPLO, O VALOR DE 20% SOBRE O PARTO SERÁ COBRADO A CADA RN.

2- Tabela com os valores dos Pacotes de Oftalmologia:

DESCRIÇÃO	PARECER DSAU (R\$)
Anatomopatológico (Peça Anatômica ou Cirúrgica Simples)	R\$ 123,49
Cultura em Geral	R\$ 30,37
EXAMES	PARECER DSAU (R\$)
Exame de Motilidade Ocular (teste Ortóptico)	R\$ 52,09
Retinografia Monocular (mat/Med Incluso)	R\$ 55,00
Retinografia Fluorescente - Monocular (incluso Mat/Med)	R\$ 113,57
Visão Sub - normal - Monocular	R\$ 78,98
Exercícios de Ortóptica (sessão)	R\$ 52,09

Teste de Teller Binocular	R\$ 92,82
Estéreo Foto de Papila Monocular	R\$ 78,75
USG - UBM Monocular	R\$ 184,08
EXAMES COMPLEMENTARES OTORRINOLARINGOLOGIA	PARECER DSAU (R\$)
Vídeo-endoscopia do Esfincter Velo-palatino com ótica Flexível (pacote)	R\$ 197,82
Vídeo Faringo-laringoscopia com Ótica Flexível (pacote)	R\$ 291,70
Vídeo Faringo-estroboscopia com Ótica Flexível (pacote)	R\$ 300,78
Polissonografia de noite inteira com CPAP (incluso HM, diária , café da manhã)	R\$ 517,47
EXAMES COMPLEMENTARES FONOAUDIOLOGIA	PARECER DSAU (R\$)
Reabilitação Labiríntica (sessão fono)	R\$ 78,14
Consulta Ambulatorial Individual em Fonoaudiologia (avaliação)	R\$ 75,01
Audiometria de Altas Frequências	R\$ 85,63
Vectoeletronistagmografia Computadorizada	R\$ 165,11
Fonoterapia Pacientes com Necessidades Especiais (sessão)	R\$ 125,02
Fonoterapia (sessão)	R\$ 78,14
PACOTES CIRÚRGICOS	PARECER DSAU (R\$)
Transplante de Córnea - Técnica Convencional ou com Intralase (OPME Nacional)	R\$ 4.999,00
Facioemulsificação com Implante de LIO (Laureat + LIO SNWF)	R\$ 4.000,00
Delaminação Corneana com Fotoablação Estromal (LASIK ou TransPRK) - Monocular	R\$ 1.640,68
Fotoablação de Superfície Convencional (PRK) - Monocular	R\$ 923,22
Tratamento Ocular com Antiangiogênico (Lucentis)	R\$ 3.311,40
Tratamento Ocular com Antiangiogênico (Eylia)	R\$ 3.532,16
Implante Intra-vítreo de Polímero (Ozurdex)	R\$ 4.600,00
Implante de Anel Intra-corneano - Monocular (Femto)	R\$ 4.200,00
Crosslink - Monocular	R\$ 2.649,12
Septoplastia	R\$ 3.348,34
DIÁRIAS	PARECER DSAU (R\$)
Diária de Apartamento	R\$ 251,12
Quarto Coletivo (Enfermaria 02 leitos)	R\$ 125,55
Day Clinic - 12 horas	R\$ 63,61
TAXAS HOSPITALARES	PARECER DSAU (R\$)
Taxa de Sala de Recuperação	R\$ 83,70
Taxa de Sala porte 0	R\$ 80,35
Taxa de Sala porte 1	R\$ 143,97
Taxa de Sala porte 2	R\$ 197,54
Taxa de Sala porte 3	R\$ 236,04
Taxa de Sala porte 4	R\$ 289,62
Taxa de Sala porte 5	R\$ 393,43
Taxa de Sala porte 6	R\$ 458,70
Taxa de Sala porte 7	R\$ 478,81
Taxa de Microscopio Oftalmológico	R\$ 82,30
Taxa de Facomulsificador	R\$ 130,23
Taxa de Monitor Cardiologico	R\$ 32,30
Taxa de Cryo	R\$ 32,30
Taxa de Laringoscópio	R\$ 32,30
Taxa de Vitreofago	R\$ 62,51
Taxa de Oxímetro	R\$ 32,30
Taxa de Bisturi Elettrico (cauterio)	R\$ 32,30
Taxa de Fotocoagulador	R\$ 162,52

Taxa de Respirador	R\$ 32,30
Taxa de Desfibrilador	R\$ 32,30
Taxa de Ar Comprimido	R\$ 13,54
Taxa de Aspirador (hora)	R\$ 32,30
Taxa de Oxigenio	R\$ 13,54
Taxa de Protoxido	R\$ 15,63
Taxa de Aspirador	R\$ 32,30
Taxa de Vídeo	R\$ 32,30
TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE	PARECER DSAU (R\$)
Almoço ou jantar	R\$ 15,63
Café ou chá da manhã ou tarde	R\$ 7,29

Procedimentos na área de Oftalmologia:

(Redação aprovada de acordo com Parecer Técnico nº 142– DRAS/ D SAU, em 23/06/23, acrescida do Parecer Técnico nº 218 – DRAS/D SAU, em 23/08/23).

1. Tabela abaixo discriminada com os seus valores referente a oftalmologia como: pacote para procedimentos cirúrgicos, exames não previsto na tabela CBHPM, diárias de internação, taxas de sala / equipamentos e outros serviços hospitalares como também valores de tabelas como se segue.

2. A consulta médica está incluso: Honorário médico (especialistas), serviço de enfermagem, todas as taxas (uso sala) e todos os materiais pertinentes e medicações (colírio).

3. Os valores dos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos, discriminada na tabela abaixo está incluso: Honorários médico (especialistas), serviço de enfermagem, todas as taxas (uso sala de centro cirúrgico, recuperação anestésica, serviço de enfermagem e equipamentos), todos os materiais descartáveis, medicações, gasoterapia, análise clínica, acomodação, SADT e OPME/DMI;

4. A realização de cirurgias associadas, será cobrado 100% do maior valor e 70% dos demais pacotes de menor valor;

5. No pós-operatório se o paciente evoluir com intercorrências e ou complicações será cobrada como conta aberta;

3- Tabela com os valores dos Pacotes de Imagens:

Item	VALOR Pacote <u>sem</u> contraste	VALOR Pacote <u>com</u> contraste
Agulhamento de Mama - por nódulo	482,97	XXXXXXXX
Agulhamento de Mama por US - por nódulo	454,53	XXXXXXXX
Punção ou Biópsia de Mama - por nódulo	603,71	XXXXXXXX
Punção ou Biópsia Mama por agulha fina por US por nódulo	603,71	XXXXXXXX
Core Biopsy - por nódulo	603,71	XXXXXXXX
Core Biopsy - por US - por nódulo	603,71	XXXXXXXX
Biópsia de Próstata Transretal	845,20	XXXXXXXX
Punção/Biópsia de Tireoide - por nódulo	422,60	XXXXXXXX
Punção/Biópsia de Tireoide por US - por nódulo	422,60	XXXXXXXX
Anestesia para Tomografia I	362,22	XXXXXXXX
Angio - RM arterial de Abdome Superior	965,94	1.158,99
Angio - RM Arterial de Crânio	965,94	1.158,99
Angio - RM Arterial de Membro Inferior (unilateral)	965,94	1.158,99

Angio - RM de Membro Superior (unilateral)	965,94	1.158,99
Angio - RM Arterial de Pelve	965,94	1.158,99
Angio - RM Arterial de Pescoço	965,94	1.158,99
Angio - RM Arterial Pulmonar	965,94	1.158,99
Angio RM - Aorta Abdominal I	965,94	1.158,99
Angio RM - Aorta Torácica I	965,94	1.158,99
Angio - RM Venosa de Abdome Superior	965,94	1.158,99
Angio - RM Venosa de Crânio	965,94	1.158,99
Angio - RM Venosa de Membro Inferior (unilateral)	965,94	1.158,99
Angio - RM Venosa de membro superior (unilateral)	965,94	1.158,99
Angio - RM Venosa de Pelve	965,94	1.158,99
Angio - RM Venosa de Pescoço	965,94	1.158,99
Angio - RM Venosa Pulmonar	965,94	1.158,99
Angiotomografia Arterial de Abdome Superior	724,45	965,94
Angiotomografia Arterial de Crânio	724,45	965,94
Angiotomografia Arterial de Membro Inferior	724,45	965,94
Angiotomografia Arterial de Membro Superior	724,45	965,94
Angiotomografia Arterial de Pelve	724,45	965,94
Angiotomografia Arterial de Pescoço	724,45	965,94
Angiotomografia Arterial de Tórax	724,45	965,94
Angiotomografia Arterial Pulmonar	724,45	965,94
Angiotomografia Coronariana	724,45	965,94
Angio Tomografia - Aorta Abdominal	724,45	965,94
Angio Tomografia de Aorta Torácica	724,45	965,94
Angiotomografia Venosa de Abdome Superior	724,45	965,94
Angiotomografia Venosa de Crânio	724,45	965,94
Angiotomografia Venosa de Membro Inferior	724,45	965,94
Angiotomografia Venosa de Membro Superior	724,45	965,94
Angiotomografia Venosa de Pelve	724,45	965,94
Angiotomografia Venosa de Pescoço	724,45	965,94
Angiotomografia Venosa de Tórax	724,45	965,94
Densitometria - 1 Segmento I	159,37	Xxxxxxxx
Densitometria Fêmur + coluna	181,11	Xxxxxxxx
Densitometria corpo total	217,32	Xxxxxxxx
Doppler - Aorta e Artérias Renais I	236,15	Xxxxxxxx
Doppler - Carótidas e Vertebrais I	269,49	Xxxxxxxx
Doppler - Órgãos I	215,73	Xxxxxxxx
Doppler Arterial - Membro Inferior I	310,76	Xxxxxxxx
Doppler Arterial - Membro Superior I	310,76	Xxxxxxxx
Doppler Venoso - Membro Inferior I	344,76	Xxxxxxxx

Doppler Venoso - Membro Superior I	344,76	Xxxxxxxx
Mamografia Convencional I	133,28	Xxxxxxxx
Mamografia Digital	159,93	Xxxxxxxx
Raio X - Abdômen Agudo I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Abdômen Simples I	48,01	Xxxxxxxx
Raio X - Adenoides ou Cavum I	45,91	Xxxxxxxx
Raio X - Antebraço I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Apófises Estiloides I	50,95	Xxxxxxxx
Raio X - Arcos Costais por Hemitórax I	51,91	Xxxxxxxx
Raio X - Articulação Acromioclavicular I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Articulação Coxofemoral I	50,47	Xxxxxxxx
Raio X - Articulação Escapulo umeral I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Articulação Esterno clavicular I	48,60	Xxxxxxxx
Raio X - Articulação Sacro ilíacas I	49,92	Xxxxxxxx
Raio X - Articulação Temporomandibular I	53,86	Xxxxxxxx
Raio X - Articulação Tibiotarsica I	46,00	Xxxxxxxx
Raio X - Bacia I	48,01	Xxxxxxxx
Raio X - Braço I	49,03	Xxxxxxxx
Raio X - Calcâneo I	46,00	Xxxxxxxx
Raio X - Clavícula I	49,03	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Cervical com Obliquas I	67,90	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Cervical I	49,02	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Dorsal com Obliquas I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Dorsal I	53,23	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Dorso-Lombar para Escoliose I	69,03	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Lombossacra 3 Incidências I	55,37	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Lombossacra 5 Incidências I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Coluna Total para Escoliose I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Coração e Vasos da Base I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Cotovelo I	46,00	Xxxxxxxx
Raio X - Coxa I	51,91	Xxxxxxxx
Raio X - Crânio 2 Incidências I	49,03	Xxxxxxxx
Raio X - Crânio 3 Incidências I	53,55	Xxxxxxxx
Raio X - Crânio 4 Incidências I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Escanometria I	49,33	Xxxxxxxx
Raio X - Esterno I	51,18	Xxxxxxxx
Raio X - Joelho I	47,71	Xxxxxxxx
Raio X - Mao I	46,00	Xxxxxxxx
Raio X - Mãos para Idade Óssea I	45,55	Xxxxxxxx
Raio X - Mastoides I	69,54	Xxxxxxxx

Raio X - Maxilar Inferior I	49,04	Xxxxxxxx
Raio X - Omoplata I	51,18	Xxxxxxxx
Raio X - Orbitas I	53,86	Xxxxxxxx
Raio X - Ossos da Face I	53,86	Xxxxxxxx
Raio X - Patela I	50,33	Xxxxxxxx
Raio X - Pé I	47,71	Xxxxxxxx
Raio X - Perna I	50,58	Xxxxxxxx
Raio X - Punho I	48,57	Xxxxxxxx
Raio X - Sacro-cóccix I	51,21	Xxxxxxxx
Raio X - Seios da Face I	50,95	Xxxxxxxx
Raio X - Sela Túrcica I	49,04	Xxxxxxxx
Raio X - Tórax 1 Incidência I	42,29	Xxxxxxxx
Raio X - Tórax 2 Incidências I	52,02	Xxxxxxxx
Raio X - Tórax 3 Incidências I	57,21	Xxxxxxxx
Raio X - Tórax 4 Incidências I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Tórax Extra cardíaco I	69,54	Xxxxxxxx
Raio X - Uretrocistografia (adulto) I	376,67	Xxxxxxxx
Raio X - Uretrocistografia (criança ate 12 anos) I	376,67	Xxxxxxxx
Raio X - Urografia com Resíduo I	347,69	Xxxxxxxx
Esôfago	299,08	Xxxxxxxx
Estomago e Duodeno	347,69	Xxxxxxxx
Esôfago - Hiato - estomago - Duodeno	405,64	Xxxxxxxx
Trânsito e Morfologia do Delgado	347,69	Xxxxxxxx
Clister e Enema Opaco	376,67	Xxxxxxxx
Ductografia	347,69	Xxxxxxxx
Sialografia (por glândula)	347,69	Xxxxxxxx
Histerosalpingografia	811,29	Xxxxxxxx
Fistulografia	347,69	Xxxxxxxx
Dacriocistografia	347,69	Xxxxxxxx
Raio X Panorâmico - Membros Inferiores I	68,93	Xxxxxxxx
RM - Abdômen Superior I	695,39	927,19
RM - Articulação I	695,39	927,19
RM - Articulação Temporomandibular I	695,39	927,19
RM - Bacia I	695,39	927,19
RM - Base do Crânio I	695,39	927,19
RM - Coluna I	695,39	927,19
RM - Coxa I	695,39	927,19
RM - Crânio I	695,39	927,19
RM - Face I	695,39	927,19

RM - Mamaria Bilateral I	695,39	927,19
RM - Mao I	695,39	927,19
RM - Membro Superior I	695,39	927,19
RM - Ossos Temporais I	695,39	927,19
RM - Pé I	695,39	927,19
RM - Pelve I	695,39	927,19
RM - Perna I	695,39	927,19
RM - Pescoço I	695,39	927,19
RM - Plexo Braquial I	695,39	927,19
RM - Seios da Face I	695,39	927,19
RM - Sela Túrcica I	695,39	927,19
RM - Tórax I	695,39	927,19
TC - Abdômen Superior I	486,78	637,44
TC - Articulação I	486,78	637,44
TC - Articulação Temporomandibular I	486,78	637,44
TC - Bacia I	486,78	637,44
TC - Coluna - Segmento Adicional I	486,78	637,44
TC - Coluna I	486,78	637,44
TC - Crânio I	486,78	637,44
TC - Face I	486,78	637,44
TC - Ouvido (Mastoide) I	486,78	637,44
TC - Pelve I	486,78	637,44
TC - Pescoço I	486,78	637,44
TC - Segmento Apendicular I	486,78	637,44
TC - Seios da Face I	486,78	637,44
TC - Sela Túrcica I	486,78	637,44
TC - Tórax I	486,78	637,44
TC - Abdômen total	637,44	753,34
US - Abdômen Inferior Feminino I	108,66	XXXXXXXX
US - Abdômen Inferior Masculino I	108,66	XXXXXXXX
US - Abdômen Superior I	114,70	XXXXXXXX
US - Abdômen Total I	173,86	XXXXXXXX
US - Aparelho Urinário Feminino I	114,70	XXXXXXXX
US - Aparelho Urinário Masculino I	142,47	XXXXXXXX
US - Articular I	108,66	XXXXXXXX
US - Estruturas Superficiais I	90,56	XXXXXXXX
US - Glândulas Salivares I	102,62	XXXXXXXX
US - Mamas I	102,62	XXXXXXXX
US - Obstétrica com Doppler I	185,95	XXXXXXXX
US - Obstétrica I	79,69	XXXXXXXX

US - Obstétrica com translucência Nucal	132,82	Xxxxxxxx
US - Obstétrica Morfológica I	181,11	Xxxxxxxx
US - Obstétrica Perfil Biofísico I	181,11	Xxxxxxxx
US - Órgãos I	91,77	Xxxxxxxx
US - Próstata via Transretal I	165,41	Xxxxxxxx
US - Transvaginal I	108,66	Xxxxxxxx
US - Transvaginal para Controle de Ovulação I	220,96	Xxxxxxxx

OBS:

PACOTES DE IMAGENS:

INCLUI: HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS, FILME RADIOLÓGICO E CONTRASTE SE FOR O CASO;

*PARA OS EXAMES DE **RM/ ANGIO RM**, SERÁ REMUNERADO 100% DO 1º e 70%, DOS DEMAIS QUANDO REALIZADOS NO MESMO DIA;

*PARA OS EXAMES DE **TC/ANGIO TC**, SERÁ REMUNERADO 100% DO 1º e 70%, DOS DEMAIS QUANDO REALIZADOS NO MESMO DIA; e

*PARA OS EXAMES DE **ULTRASSONOGRAFIA**, SERÁ REMUNERADO 100% DO 1º e 70%, DOS DEMAIS QUANDO REALIZADOS NO MESMO DIA.

4. Tabela de Exame Laboratorial:

EXAMES	VALOR
Exame toxicológico	241,48
Quantificação de outros agentes por PCR Coronavírus por PCR	220,50
Vírus Sincicial respiratório – pesquisa direta	42,25
Pesquisa rápida Influenza A e B e H1N1	54,33
Legionella – Pesquisa na urina	48,30
Strep Pneumoniae – pesquisa da urina	36,21
Adenovírus – Antígeno	54,33
Teste Para Monkeypox – Variola Do Macaco, Pesquisa Por Pcr	367,50

5. Tabela de materiais Descartáveis:

MATERIAL DESCARTÁVEL	VALOR
Agulha descartável qualquer tamanho com ou sem trava de segurança	R\$ 1,32
Alça polipectomia (todos os modelos)	301,85
Equipo de bomba de infusão (fotossensível, medicamentos e dietas, exceto equipo de água para dieta)	328,16
Equipo para água da dieta (será remunerado apenas 1 a cada 3 dias)	48,30
Equipo microgotas (simples ou com injetor lateral) Remunerado conforme tempo – ANVISA	38,28
Equipo macrogotas (simples ou com injetor lateral) Remunerado conforme tempo – ANVISA	36,21
Equipo Transdutor	229,41
Fita glicêmica	2,41

Cateter intravenoso periférico flexível (Jelco) - todos os tamanhos com ou sem trava de segurança	12,07
Lanceta de Dextro	1,20
Pinça de biopsia - qualquer modelo e marca	241,48
Placa de bisturi vertical bi-partid	84,52
Polix com duas vias	17,38
Scalp - todos os tamanhos com ou sem trava de segurança	6,03
Sensor bis quatro	301,85
Sonda Traquequer	362,22
Torneirinha (3 vias ou 5 vias)	11,59
Sonda nasoenteral	132,82
Conectores valvulados	15,75
Cateter venoso central	304,79
Certofix	546,94
Shilley	328,16
PICC	875,11

6. Outros valores referenciais:

PACOTES DE PROCEDIMENTOS – DIU	
DESCRIÇÃO	VALOR
<p>*DIU - HORMONAL: COMPOSIÇÃO: TODOS OS CUSTOS REFERENTES A SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSES E TERAPIAS; TODOS OS MATERIAIS; TODOS OS MEDICAMENTOS INCLUSIVE O DIU HORMONAL; TAXAS DE SERVIÇOS; TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS; TAXA DE SALA E HONORÁRIOS MÉDICOS; e UM RETORNO PARA AVALIAÇÃO PÓS PROCEDIMENTO.</p>	1.422,05
<p>*DIU – COBRE COMPOSIÇÃO: TODOS OS CUSTOS REFERENTES A SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSES E TERAPIAS; TODOS OS MATERIAIS; TODOS OS MEDICAMENTOS, INCLUSIVE O DIU DE COBRE; TAXAS DE SERVIÇOS; TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS; TAXA DE SALA E HONORÁRIOS MÉDICOS; e UM RETORNO PARA AVALIAÇÃO PÓS PROCEDIMENTO.</p>	984,50

Hemodiálise – procedimentos:	VALOR
Confecção de fístula AV para hemodiálise	676,83
Implante de cateter venoso central por punção (curta permanência)	287,86
Implante cirúrgico de cateter de longa permanência	1.216,89
Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência	262,99
Hemodiálise crônica (por sessão)	311,37
Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise)	311,37

Medicina nuclear Cintilografia (tudo incluso)	VALOR
--	--------------

Cintilografia de corpo inteiro Pesq. Metástase (PCI) – Iodo 131	513,16
Cintilografia do miocárdio perfusão – MIBI/teste ergométrico	965,94
Cintilografia do miocárdio perfusão – fármaco (dipiridamol)	1.207,43
Cintilografia óssea (corpo total)	380,34
Fluxo sanguíneo ósseo	274,08
Cintilografia renal estática DMSA	412,94
Cintilografia renal dinâmica DTPA e renograma	577,15
Cintilografia renal dinâmica DTPA e renograma com captopril	577,15
Cintilografia renal estática DTPA e renograma	577,15
Cintilografia renal dinâmica com diurético	577,15
Renograma	361,03
Linfocintilografia	516,16
Cintilografia cerebral	837,96
Cintilografia cardíaca com gálio 67	1.328,17
Cintilografia de corpo inteiro PCI com gálio 67	1.328,17
Cintilografia de tireoide e ou captação (Iodo 123)	305,47
Cintilografia de tireoide e ou captação (Iodo 131)	305,47
Cintilografia de tireoide e ou captação (tecnécio 99 TC)	236,64
Cintilografia das glândulas salivares com ou sem estímulo	229,41
Cintilografia da paratireoide	1.328,17
Cintilografia de corpo inteiro Pesq. Metástase (PCI) – MIBI	1.086,68
Cintilografia de corpo inteiro Pesq. Metástase (PCI) – tálio	783,62
Cintilografia de corpo inteiro Pesq. Metástase (PCI) – iodo 123	1.328,17
Cintilografia de mamas bilateral	1.086,68
Cintilografia de perfusão cerebral spect cerebral com ECD	1.086,68
Cintilografia de perfusão cerebral spect cerebral com MIBI	1.328,17
Cintilografia de perfusão cerebral spect cerebral com tálio	1.086,68
Cintilografia do fígado e braço	392,42
Cintilografia do fígado e vias biliares	588,02
Cintilografia do miocárdio necrose (infarto agudo)	488,30
Cintilografia do miocárdio perfusão – tálio/teste ergométrico	1.328,17
Cintilografia do miocárdio perfusão – repouso	1.156,72
Cintilografia do miocárdio MIBI + tálio – teste ergométrico	1.328,17
Cintilografia sistema retículo endotelial	382,42
Cintilografia para detecção de aspiração pulmonar	468,47
Cintilografia para detecção de hemorragia digestória ativa	400,86
Cintilografia para detecção de hemorragia digestória não ativa	480,55
Cintilografia para determinação do tempo de esvaziamento gástrico	468,47
Cintilografia para pesquisa de divertículo de meckel	223,37
Cintilografia para pesquisa de refluxo gastresofágico	400,86
Cintilografia pulmonar (Inalação)	718,42
Cintilografia pulmonar (perfusão)	480,55
Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas	461,23
Cintilografia testicular	294,61
Cisternocintilografia	895,92
Cisternocintilografia direta	437,09
Cisternocintilografia indireta	771,55
Dacriocintilografia	361,03
Demonstração do sequestro de hemácias pelo baço	226,98
Determinação de filtração glomerular	150,93

Determinação de sobrevivência de hemácias	179,90
Determinação do fluxo plasmático renal	126,77
Determinação do volume eritrocitário	155,75
Determinação do volume plasmático	155,75
Fluxo sanguíneo cerebral	1.086,68
Fluxo sanguíneo das extremidades	409,32
Fluxo sanguíneo hepático (quali/quantitativo)	537,30
Quantificação da captação pulmonar com gálio 67	1.328,17
Teste de absorção de vitamina b12 Cobalto 57 (teste schilling)	959,91
Teste de supressão da tireoide com t3	252,34
Teste do perclorato	252,34
Cintilografia venografia radioisotópica	416,56
Cintilografia ventrículo-cintilografia	844,00
Angiografia radioisotópica	356,19
Radio Iodo Terapia - tratamento para câncer de tireoide (INCLUI HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, TAXAS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS)	
VALOR	
RadioIodoTerapia 100 mCi	4.630,16
RadioIodoTerapia 150mCi	4.630,16
RadioIodoTerapia 200 mCi	5.621,10
RadioIodoTerapia 250mCi	6.368,64
RadioIodoTerapia 300 mCi	6.946,98
RadioIodoTerapia 350 mCi	7.637,74
RadioIodoTerapia 400 mCi	8.605,50
RadioIodoTerapia com Thyrogen	9.596,43
Medicina nuclear – tratamentos (INCLUI HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, TAXAS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS)	
VALOR	
Tratamento de hipertireoidismo – Bócio nodular tóxica (Graves)	554,21
Tratamento de hipertireoidismo – Bócio nodular tóxica (plummer)	554,21
Tratamento de metástases ósseas (estrôcio)	1.811,15
Medicina nuclear – cirurgias rádio guiadas (INCLUI HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, TAXAS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS)	
VALOR	
Linfonodo sentinela	1.448,92
ROL pesq. de lesão oculta	1.569,66

Código	Procedimentos	Valor
40501248	HER2 FISH PARA AMPLIFICAÇÃO GENICA EM TUMOR DE MAMA	R\$ 1.563,00
Parecer técnico nº312 – DRAS/D Sau em 23 de setembro de 2022		

PACOTE DE LASERTERAPIA Parecer Técnico nº 075 – DRAS/ D SAU		
Código CBHPM	Procedimento	Valor do pacote – 10 sessões
31602215	Laserterapia	R\$ 1.100,00
PACOTE DE RADIOCIRURGIA e RADIOTERAPIA ESTEREOTÁTICA		

Parecer Técnico nº063 – DRAS/ D SAU

Código CBHPM	Procedimento	Valor do pacote
41203020	Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento.	RS\$15.071,98
41203038	Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento.	RS\$17.524,50
41203046	Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou de mais de quatro isocentros - por tratamento.	RS\$19.972,28
41203135	Radioterapia Estereotática - 1º dia de tratamento.	RS\$10.880,70
41203062	Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento.	RS\$16.264,44
41203054	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) - por tratamento.	RS\$23.243,20

Os procedimentos acima esta incluído:

- 1-IGRT (Radioterapia Guiada por Imagem).
- 2-Sistemas de imobilização.
- 3-Planejamento de tratamento.
- 4-Simulação de tratamento.
- 5-Filme de verificação (cheque-filme).
- 6 – Colimação.
- 7-TC para planejamento, CBHPM.
- 8- Materiais e Medicamentos, Diárias e Taxas.

Elastografia (tudo incluso)	VALOR
Elastografia hepática	R\$ 695,39
Elastografia de tireoide	R\$ 695,39
Elastografia de mama	R\$ 695,39
Video Deglutograma (tudo incluso)	VALOR
Video deglutograma	R\$ 787,50
Histerossalpingografia (tudo incluso)	VALOR
Histerossalpingografia	R\$ 1.009,48
Perfusão cerebral por CT	R\$ 709,96
Dental scan	R\$ 359,81
Escanometria por CT	R\$ 359,81

Broncoscopia (tudo incluso)	VALOR
Broncoscopia com biópsia, lavado e escovado	1.274,88
Endoscopia/Colonoscopia (tudo incluso - pacote ambulatorial)	
VALOR	VALOR
Avaliação endoscópica da deglutição (fees)	787,50
Vídeo – endoscopia naso-sinusal com ótica flexível (pacote)	190,07
Vídeo faringo laringoscopia com ótica flexível (pacote)	220,20
Endoscopia digestiva alta	548,25
Endoscopia Digestiva, Biópsia e Teste de Urease	819,00
-Endoscopia digestiva alta; -Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia; -Polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno(independente do número de pólipos)	997,50
-Endoscopia digestiva alta; -Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease(pesquisa Helicobacter pylori); -Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia.	997,50
-Colonoscopia com biópsia e/ou citologia	934,50
-Colonoscopia(inclui a retossigmoidoscopia); -Colonoscopia com biópsia e/ou citologia; -Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos).	1.365,00
Colonoscopia com musectomia	945,00
<p><u>Pacote Inclui:-</u> -TAXA DE SALA; -TAXA DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM E ADMINISTRATIVA; -TAXA DE EQUIPAMENTOS; -MATERIAIS E MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO; -GASOTERAPIA; E -HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE DE ENDOSCOPIA.</p> <p><u>Pacote Exclui:</u> -MATERIAIS E MEDICAMENTOS, EXCETO OS DESCRITOS NA INCLUSÃO; -OPME; -PINÇA PARA BIÓPSIA; -HEMOTERAPIA; -DIÁRIAS; -HONORÁRIOS MÉDICOS DE ANESTESIA SE AUTORIZADO EM CENTRO CIRÚRGICO; -INTERCORRÊNCIAS; E -ANATOMO PATOLÓGICO.</p> <p>OBS.: QUANDO REALIZADO MAIS DE UM PACOTE, COBRAR 100% DO PACOTE DE MAIOR VALOR E 70% DOS DEMAIS.</p>	
Cardiologia (tudo incluso)	
VALOR	VALOR
Ecocardiograma adulto	171,52
Ecocardiograma infantil	202,82
Eco stress farmacológico	695,39
Eletrocardiograma	24,33

Mapa	149,50
Holter	149,50
Teste ergométrico	253,81
Nasolaringoscopia (tudo incluso)	
	VALOR
Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica flexível	198,01
Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio flexível	229,41
Nasofibrolaringoscopia para diagnóstico e/ou biópsia	106,24
Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio rígido	193,18
Fonoaudiologia (tudo incluso)	
	VALOR
Audiometria tonal adulto	21,73
Audiometria tonal infantil	45,87
Audiometria vocal discriminação	21,73
Audiometria vocal inteligibilidade	21,73
Impedânciometria	36,21
Eletroneuromiografia (tudo incluso)	
	VALOR
Eletroneuromiografia (por membro)	R\$ 241,48
Eletroencefalografia (tudo incluso)	
	VALOR
Eletroencefalograma com foto estímulo	50,71
Mapeamento cerebral	179,90
Histeroscopia (tudo incluso)	
	VALOR
Histeroscopia diagnóstica com biópsia	724,45
Colposcopia (tudo incluso)	
	VALOR
Colposcopia + vulvoscopia com biópsia	405,64
Polissonografia (tudo incluso)	
	VALOR
Polissonografia	543,34
Polissonografia com CPAP	579,56
Urodinâmica (tudo incluso)	
	VALOR
Urodinâmica	422,60
Urofluxometria	76,28
Phmetria (tudo incluso)	
	VALOR
Phmetria esofágica	565,07
Manometria esofágica	480,55

Manometria anorretal	481,09
Provas de função pulmonar (tudo incluso)	
PFP sem broncodilatador	95,38
PFP com broncodilatador	131,60
Espirometria	35,01

Fisioterapia - geral (tipo de fisioterapia)	VALOR
Amputação bilateral	30,00
Amputação bilateral-treinamento	30,00
Amputação unilateral	30,00
Amputação unilateral-treinamento	30,00
Assistência fisiátrica respiratória	30,00
Ataxias	30,00
Desvios posturais da coluna vertebral	30,00
Doenças urológicas	30,00
Distúrbios circulatórios	30,00
Doenças pulmonares	30,00
Monoplegia	30,00
Hemiplegia e hemiparesia	30,00
Lesão nervosa periférica (geral)	30,00
Miopatias	30,00
Paciente c/ d.p.o.c	30,00
Paralisia cerebral (tratamento motor)	30,00
Paralisia cerebral (tratamento global)	30,00
Paraplegia e paraparesia	30,00
Quadriplegia e quadriparesia	30,00
Assistência fisiátrica tratamento	72,00
Parkinson	30,00
Alterações de ordem reumáticas	30,00
Entorses	30,00
Alterações degenerativas	30,00
Sequela de traumatismos nos tendões	30,00
Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros	30,00
Alterações degenerativas	30,00
Recuperação funcional pós – cirúrgica	30,00
Retardo desenvolvimento psicomotor	30,00
Retardo desenvolvimento psicomotor.	30,00
Reabilitação labiríntica (por sessão)	72,00
Recup. Func. Pós-oper.ou pós-imb.coluna vert	30,00

Doenças urológicas	72,00
Hidroterapia - 1 sessão	72,00
Rpg por sessão	72,00
Acupuntura POR MÉDICO ESPECIALIZADO	72,00
Mesa flexo distração	72,00
Pilates – individual	72,00

Taxa de Uso de Aparelhos	VALOR
Amnioscópio – por dia	34,09
Aparelho cec (circulação extra corpórea) – dia	205,99
Aparelho cel saver – dia	191,79
Aparelho crio-cautério – dia	42,57
Aparelho de anestesia	INCLUSO NA TAXA DE SALA
Aparelho r.t.u urológico cirúrgico	262,80
Aparelho r.t.u urológico exame	177,58
Artroscópio	381,23
Aspiração de secreções (taxa uso equipamento) - por dia quando não incluso na diária/taxa	25,01
Aspirador - por dia quando não incluso na diária – taxa	24,87
Balão intraóptico - por hora	42,61
Balão intraóptico - por dia	276,89
Berço aquecido - por dia quando não incluso na diária – taxa	113,64
Bisturi bipolar - por dia quando não incluso na diária – taxa	84,53
Bisturi elétrico - por dia quando não incluso na diária – taxa	77,46
Bomba de infusão - por dia quando não incluso na diária – taxa	141,82
Bomba de infusão - por hora - quando não incluso na diária – taxa	10,89
Bomba de sucção contínua - por dia quando não incluso na diária – taxa	40,39
Cama com quadro balcânico paciente - por dia	42,91
Capinógrafo - por dia quando não incluso na diária – taxa	14,56
Cardiotocógrafo - por dia quando não incluso na diária – taxa	57,94
Cardioversor desfibrilador para aplicação - por dia quando não incluso na diária – taxa	64,08
Colchão anti escara - internação (taxa única)	54,68
Colchão caixa de ovo - por internação	65,26
Colchão de água e ar - por internação	37,61
Bomba de vácuo (termo vácuo) - por dia quando não incluso na diária – taxa	5,43
Craniótomo drill - por dia	146,50
Crio oftálmico / vitreófago/ diatermia oftálmica - por dia	170,45
Dermátomo - por dia	100,48

Diálise peritoneal (hm e material /medicamento à parte - por dia	60,37
Eletrocardiógrafo (uso) - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	8,61
Endoscópio cirúrgico - por dia	241,51
Endoscópio diagnose - por dia	85,82
Endoscópio urológico cirúrgico - por dia	450,73
Endoscópio urológico diagnose - por dia	135,20
Facoemulsificador - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	164,24
Fototerapia - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	99,44
Halo craniano (cirurgia)	35,75
Incubadora / isolete - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	156,27
Intensificador de imagem - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	120,73
Laparoscópio (vídeo) - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	277,04
Laser - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	233,11
Lipoaspirador - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	134,96
Litotriptor - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	251,65
Lupa - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	20,21
Marca passo externo - por dia	127,14
Marca passo externo - por hora	6,79
Microscópio cirúrgico - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	227,30
Monitor cardíaco - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	96,58
Monitor de pressão arterial - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	96,58
Monitor de pressão arterial - por hora	4,02
Monitor de pressão intracraniana - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	140,04
Monitor débito cardíaco - por hora	4,66
Nefrolitotripsia transnefros cópica (nefros cópio + litotridor) - por uso	643,58
Oxímetro de pulso - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	24,15
Perfurador elétrico - por uso	44,33
Propedêutica fetal (monitoragem por uso do aparelho)	151,93
Quadro balcânico - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	61,06
Respirador artificial a pressão - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	23,29
Respirador artificial a volume - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	23,29
Retinógrafo (cirurgia) - por dia quando não incluso na diária – taxa – pacote	64,35
Serra/perfuradora elétrica cirúrgica	71,02
Serra a gás - por uso	80,79
Serra pneumática	120,73
Tração ortocutânea ou esquelética contínua - por internação	31,24
Ureterolitotripsia (uretos cópio + litotridor) - por uso	31,24
Refeição extra (almoço/jantar), somente acompanhantes conforme legislação - não incluso na diária – taxa – pacote	20,00

Taxa de sala para aplicação de medicação (inclui, seringa, agulha) (por dia)	5,27
Taxa por unidade de curativo de queimados especial (material e medicamento não especiais inclusos)	125,12
Sessão de lavagem reto / intestinal ambulatorial	16,28
Taxa de necrotério, por uso	5,27

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS:

DESCRIÇÃO DO ITEM	VALOR
VRPO 2013 90% PARA OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO ESTIVEREM ACORDADOS	VRPO 2016 90% (TABELA SOESP) PARA OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO ESTIVEREM ACORDADOS
CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	84,00
CONSULTA ODONTOLÓGICA	84,00
CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	84,00
CONTROLE PÓS OPERATÓRIO - POR SESSÃO	84,00
DRENAGEM DE ABCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BMF - INTRA ORAL	98,54
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	120,91
EXODONTIA DE PERMANENTE	120,91
EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	120,91
ODONTO-SECÇÃO - POR ELEMENTO	126,00
REMOÇÃO DE DENTE INCLUSO/IMPACTADO	281,11
REMOÇÃO DE DENTE SEMI INCLUSO/IMPACTADO	281,11
APLICAÇÃO DE SELANTE-TÉCNICA INVASIVA - POR ELEMENTO	74,28
APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FÍSSURAS - POR ELEMENTO	63,00
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR - DUAS ARCADAS	56,00
CONTROLE DE BIOFILME - POR SESSÃO	84,00
PROFILAXIA E POLIMENTO CORONÁRIO	95,28
AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO - POR SESSÃO	94,50
CAPEAMENTO PULPAR DIREITO (ESCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL)	84,00
RASPAGEM SUBGENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE GRAVE DE ALTO RISCO - POR SEGMENTO	187,49
RASPAGEM SUBGENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE LEVE DE BAIXO RISCO - POR SEGMENTO	157,50
RASPAGEM SUPRA GENGIVAL PARA TRATAMENTO DA GENGIVITE - POR ARCADEA	157,50
REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	231,00
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE I - 1 FACE	110,25
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE II - 2 FACES	141,75
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE III - 3 FACES	141,75
RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE I - 1 FACE	155,93
RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II - 2 FACES	187,49
RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II -	207,92

3 FACES	
RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL- CLASSE II - 4 FACES	259,89
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL-CLASSE III	155,93
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL-CLASSE IV	259,89
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE V	155,93
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE CANINO E PRÉ MOLAR BIRRADICULARES	421,05
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE INCISIVO/ CANINO E PRÉ MOLAR UNIRRADICULARES	336,00
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR	619,50
TRATAMENTO DE ABCESSO PERIODONTAL AGUDO	189,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE CANINO/ PRÉ MOLAR BIRRADICULARES	415,83
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE INCISIVO/CANINO/ PRÉ MOLAR UNIRRADICULARES	364,35
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR	561,56
CURATIVO DE DEMORA	110,42
EXODONTIA DE DECÍDUOS	78,72
PULPOTOMIA EM DECÍDUOS	132,45

Procedimentos Radiológicos em Odontologia	Valor
ESCANEAMENTO EM RESINA	R\$ 145,00
TOMOGRAFIA ARCADA	R\$ 250,00
TOMOGRAFIA SEGMENTADA	R\$ 180,00
TOMOGRAFIA COMPLETA	R\$ 450,00
TOMOGRAFIA ATM	R\$ 240,00
MODELOS 3D FILAMENTO	R\$ 50,00
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA + ESCANEAMENTO	R\$ 180,00
Parecer técnico nº289 – DRAS/D Sau em 06 de setembro de 2022	

PACOTE – CATETERISMO CARDÍACO/CINECORONARIOGRAFIA	VALOR
	2.165,89
INCLUI	
Honorários médicos;	
CD + filme	
Taxas (de sala, de enfermagem, de equipamentos)	
Materiais inerentes para a realização do procedimento	
Anestesia local e/ou sedação se for o caso	
Medicamentos inerentes para a realização do procedimento	
06 (seis) horas de observação com café e/ou refeição após exame	
Descartáveis para assepsia e antissepsia (luvas, escovas, gorros, aventais, máscaras, óculos, botas protetoras, mangas protetoras, campos cirúrgicos)	
Epi's	
Gasoterapia (oxigênio e ar comprimido)	
EXCLUI	
Internação	

Permanência acima do período citado
Stents, próteses adicionais, materiais embolizantes, cateter balão, microcateter, microguia, dispositivo de proteção, sistema de fechamento arterial ou ocluser arterial
Sangue, hemoderivados e expansores plasmáticos
Intercorrência, complicações pós-operatórias
SADT's
Custos anestésicos para bloqueio geral (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
Trombolíticos antiagregantes plaquetários (Streptoquinase, Reopro, Actilyse, e Agrastat ou similar)
Materiais especiais utilizados em complicações, ex.: Kit de Swan-Ganz, kit de balão intra-aórtico

PACOTE ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ STENT FARMACOLÓGICO	VALOR
	9.746,56
INCLUI	
Honorários médicos;	
CD + filme	
Internação (01 diária em UTI e 01 diária em apto e/ou enfermaria)	
Taxas (de sala, de enfermagem, de equipamentos)	
Materiais inerentes para a realização do procedimento	
Anestesia local e/ou sedação se necessário	
Medicamentos inerentes para a realização do procedimento	
6 horas de observação com café ou refeição após o exame	
Descartáveis para assepsia e antisepsia (luvas, escovas, gorros, aventais, máscaras, óculos, botas protetoras, mangas protetoras, campos cirúrgicos)	
EPI'S	
Gasoterapia (oxigênio e ar comprimido)	
1 (um) stent farmacológico, 1 (um) cateter balão	
EXCLUI	
Período acima do período citado	
Próteses adicionais, materiais embolizantes, cateter balão adicional, dispositivo de proteção, sistema de fechamento arterial ou ocluser arterial	
Sangue, hemoderivados e expansores plasmáticos	
Intercorrência, complicações pós-operatórias	
SADT's	
Custos anestésicos para bloqueio geral (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos), se necessário	
Trombolíticos antiagregantes plaquetários (Streptoquinase, Reopro, Actilyse, e Agrastat ou similar)	
Materiais especiais utilizados em complicações, ex.: Kit de Swan-Ganz, kit de balão intra-aórtico	

PACOTE ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ STENT CONVENCIONAL	VALOR
	6.008,98
INCLUI	
Honorários médicos;	
CD + filme	
Internação (01 diária em UTI e 01 diária em apto e/ou enfermaria)	
Taxas (de sala, de enfermagem, de equipamentos)	
Materiais inerentes para a realização do procedimento	
Anestesia local e/ou sedação se necessário	
Medicamentos inerentes para a realização do procedimento	

Descartáveis para assepsia e antissepsia (luvas, escovas, gorros, aventais, máscaras, óculos, botas protetoras, mangas protetoras, campos cirúrgicos)
Gasoterapia (oxigênio e ar comprimido)
1 (um) stent convencional, 1 (um) cateter balão
EXCLUI
Permanência acima do período citado
Próteses adicionais, materiais embolizantes, cateter balão adicional, dispositivo de proteção, sistema de fechamento arterial ou ocluser arterial
Sangue, hemoderivados e expansores plasmáticos
Intercorrência, complicações pós-operatórias
SADT's
Custos anestésicos para bloqueio geral (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos), se necessário
Trombolíticos antiagregantes plaquetários (Streptoquinase, Reopro, Actilyse, e Agrastat ou similar)
Materiais especiais utilizados em complicações, ex.: Kit de Swan-Ganz, kit de balão intra-aórtico

OBSERVAÇÕES DA HEMODINÂMICA:

- Em caso de evolução de procedimento de CATE para Angioplastia com qualquer tipo de STENT, no mesmo procedimento e mesma via de acesso, será pago 100% do procedimento de maior custo e 50% do procedimento de menor custo.
- Em caso de material excedente, deverá ser solicitado com antecedência, e caso seu uso seja de urgência/emergência, sua cobrança deverá ser apresentada seguindo as regras do OPME deste termo.

1) Composição detalhada do CATETERISMO CARDÍACO COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA E VENTRICULOGRAFIA:

COMPOSIÇÃO DETALHADA DO PACOTE (MATERIAIS E MEDICAMENTOS)	
Abboath / Cateter intravenoso periférico flexível (Jelco) 20 (AVP + Punção arterial)	2
Agulha descartável 13 x 4,5	1
Agulha descartável 40 x 12	2
Aparelho de tricotomia descartável	1
CD (caixa Slim + Etiqueta)	1
Cateter diagnóstico Judkins Esquerda	1
Cateter diagnóstico Judkins Direita	1
Cateter Diagnóstico PIG TAIL	1
Compressa cirúrgica estéril (pacote com 5 unidades)	1
Contraste iodado 100ml	1
Diazepam (05mg/ml 02ml)	1
DOMUS / PRESSÃO	1
Escova para degermação	1
Eletrodo Descartável	5
Equipo macrogotas	2
Extensofix perfusor	1
Fio Guia 0,35 x 150 cm J	1
Gaze estéril (pacote com 5 unidades)	5

GEL para ECG	1
Heparina 5000UI/ml	1
Introdutor Arterial 5F ou 6F (Femural – PLANTÃO) OU	1
Introdutor Arterial 5F ou 6F (Radial – PLANTÃO)	1
Luva cirúrgica esteril (par)	3
Manifold 3 vias	1
Monocordil 10mg/ml	1
Kit descartável Hemodinâmica	1
Seringa descartável 10ml	2
Seringa descartável 20ml	1
SF 0,9% 250 ml	2
Torneirinha	1
Xylocaída 2% sem vaso (frasco 20ml)	1

1) Composição detalhada do pacote de ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS/BIFURCAÇÃO, COM IMPLANTE DE STENT

COMPOSIÇÃO DETALHADA DO PACOTE (MATERIAIS E MEDICAMENTOS)	
Abboath / Cateter intravenoso periférico flexível (Jelco) 20 (AVP + Punção arterial)	2
Agulha descartável 13 x 4,5	1
Agulha descartável 40 x 12	2
Aparelho de tricotomia descartável	2
Catéter terapêutico JUDKINS D/E 1/4	2
Catéter Balão	1
CD (caixa Slim + Etiqueta)	1
Compressa cirurgica esteril (pacote com 5 unidades)	2
Contraste iodado 100ml	3
Escova para degermação	1
Eletrodo Descartável	5
Equipo macrogotas	1
Extensofix perfusor	1
Fio Guia 0,32 / 0,35 / 0,38 x 150 cm J	1
Fio Guia 0,14 J FLOPPY J 180 cm (1/2)	1
Gaze esteril (pacote com 5 unidades)	5
GEL para ECG	1
Heparina 5000UI/ml	1
Introdutor Arterial 6F (Femural)	1
Introdutor Arterial 6F (Radial)	1
Kit Descartável hemodinâmica	1
Kit Manômetro (Insuflador + Rotor + Agulha + Y) 1/5	1

Luva cirúrgica estéril (par)	3
Manifold 3 vias	1
Seringa descartável 10ml	2
Seringa descartável 20ml	1
SF 0,9% 250 ml	2
Torneirinha	1
Xylocaída 2% sem vaso (frasco 20ml)	1

AGATHA OLIVEIRA DE SOUZA
Ch Auditoria

LUIZ AUGUSTO RODRIGUES NUNES - Maj
Ch FuSEx

ANDRÉ ZANELLA NETO – Ten Cel
Comandante da B Ap R Sorocaba