**ANEXO "J"**

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**CMS – 3ª DE – AD/3**
**27º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA**
**(I/4º RADCB/1938)**
**"GRUPO MONTE CASEROS"**

# LISTA REFERENCIAL DE PREÇOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

## 1. APRESENTAÇÃO

**1.1** Este documento discrimina as definições, conceituações, tabelas, índices, valores e outros serviços de saúde objetos do credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do 27º Grupo de Artilharia de Campanha, conforme abaixo:

**1.1.1 Especialidades Médicas:** Acupuntura, Alergia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia da mão, Cirurgia de cabeça e pescoço, Cirurgia do aparelho digestivo, Cirurgia geral, Cirurgia pediátrica, Cirurgia plástica, Cirurgia torácica, Cirurgia vascular, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia e metabologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia e Hematoterapia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Medicina de emergência, Medicina de família e com Unidade, Medicina do trabalho, Medicina de tráfego, Medicina esportiva, Medicina física e reabilitação, Medicina intensiva, Medicina legal e perícia médica, Medicina nuclear, Medicina preventiva e social, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia e traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Patologia clínica/medicina laboratorial, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e diagnóstico por imagem, Radioterapia, Reumatologia e Urologia;

**1.1.2 Áreas de atuação médicas:** Alergia e Imunologia Pediátrica, Cardiologia pediátrica, Citopatologia, Densitometria óssea, Ecocardiografia, Ecografia vascular com doppler, Emergência pediátrica, Endocrinologia pediátrica, Endoscopia digestiva, Endoscopia ginecológica, Endoscopia respiratória, Ergometria, Foniatria, Gastroenterologia pediátrica, Hematologia e hemoterapia pediátrica, Hepatologia, Mamografia, Medicina de urgência, Medicina do adolescente, Medicina do sono, Medicina fetal, Medicina intensiva pediátrica, Medicina paliativa, Nefrologia pediátrica, Neonatologia, Neurologia pediátrica, Neurorradiologia, Pneumologia pediátrica, Psicoterapia, Psiquiatria da infância e adolescência, Psiquiatria forense, Reumatologia pediátrica, Toxicologia médica e Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia;

**1.1.3 Exames de Diagnóstico por Imagem:** Radiografia simples, Radiografia contrastada, Angiografia, Mamografia, Medicina Nuclear, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Tomografia por Emissão de Pósitrons, Densitometria óssea, Ressonância Magnética, Elastografia, Eletroneuromiografia, Eletrocardiograma e Eletroencefalograma; e

**1.1.4 Outros serviços de saúde:** Exames de Diagnóstico por Imagem em Odontologia, Exames Laboratoriais, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Laboratório de Análises Clínicas, Laboratório de Patologia Médica, Laboratório de Patologia Odontológica, Prótese em Odontologia, Psicologia, Psicopedagogia, Psicomotricidade, Terapia especial e Terapia Ocupacional.

**1.2** Os procedimentos que não constam no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), não terão cobertura pelos sistemas FuSEx (SAMMED/PASS e Ex-Combatentes/~~FUSMA/FUNSA).~~

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

**1.4** Materiais não cobertos pelo FuSEx, orientações gerais sobre reúso de materiais, fracionamento, curativos e uso de contrastes estão constantes do Projeto Básico.

## 2. HONORÁRIOS MÉDICOS

**2.1** Para os **honorários médicos** os valores para pagamento serão calculados usando como referência a **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2016**, com portes publicados no Comunicado Oficial CBHPM de 29 de outubro de 2018.

**2.1.1** O valor da Unidade de Custo Operacional (UCO), será calculado como referência a da **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM** publicado em 18 de outubro de 2016, sendo de R$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos).

**2.1.2** Inflator de 10% (dez por cento), sobre o valor total

**2.1.3** Os valores dos portes publicados no Comunicado Oficial CBHPM de 29 de outubro de 2018, seguem descritos na tabela abaixo:

| Porte | Valor (R$) | Porte | Valor (R$) | Porte | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|
| **1A** | 19,84 | **5C** | 609,95 | **10B** | 1.730,34 |
| **1B** | 39,68 | **6A** | 664,61 | **10C** | 1.876,68 |
| **1C** | 59,53 | **6B** | 725,73 | **11A** | 1.972,66 |
| **2A** | 79,38 | **6C** | 788,15 | **11B** | 2.122,89 |
| **2B** | 104,65 | **7A** | 847,97 | **11C** | 2.286,02 |
| **2C** | 143,81 | **7B** | 923,29 | **12A** | 2.367,80 |
| **3A** | 202,37 | **7C** | 1.043,81 | **12B** | 2.514,15 |
| **3B** | 262,10 | **8A** | 1.117,84 | **12C** | 2.930,37 |
| **3C** | 310,38 | **8B** | 1.175,10 | **13A** | 3.169,69 |
| **4A** | 370,21 | **8C** | 1.242,67 | **13B** | 3.421,92 |
| **4B** | 415,83 | **9A** | 1.314,12 | **13C** | 3.719,35 |
| **4C** | 471,79 | **9B** | 1.412,69 | **14A** | 4.069,72 |
| **5A** | 517,81 | **9C** | 1.525,45 | **14B** | 4.373,61 |
| **5B** | 565,61 | **10A** | 1.620,15 | **14C** | 4.753,67 |

**2.2** Quando algum código referente a procedimento executado no atendimento não constar na Tabela CBHPM referenciada acima, será utilizada a próxima Tabela CBHPM, onde o referido código vier a estar publicado, não havendo alteração nas especificações definidas na tabela acima.

## 3. CONSULTA MÉDICA

**3.1** Para as consultas/visitas médicas serão aplicados os valores referenciados na tabela abaixo:

| Nº | Consulta/Visita | Valores (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta Médica eletiva (na OCS/PSA) em consultórios/hospitais (exclui atendimento na emergência e aquelas específicas) | 140,00 |
| 2 | Taxa de atendimento em pronto socorro/emergência | 140,00 |
| 3 | Chamada de especialista na emergência em qualquer horário | 250,00 |
| 4 | Visita Hospitalar | 104,50 |
| 5 | Consulta Psiquiátrica | 170,00 |
| 6 | Consulta Endocrinologista | 170,00 |
| 7 | Consulta Pediátrica (puericultura) – conforme normas da ANS | 160,00 |
| 8 | Consulta Ginecologista/Obstetra | 160,00 |
| 9 | Consulta Neuropediátrica | 200,00 |
| 10 | Consulta Reumatologista | 200,00 |
| 11 | Consulta Alergologista | 160,00 |
| 12 | Consulta Infectologista | 160,00 |

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

**3.3** A regra acima não se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados e pronto atendimento.

**3.4 Retorno a consulta ambulatorial:** Será considerado retorno e portanto sem emissão de nova Guia de encaminhamento as consultas ambulatoriais realizadas apenas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante, desde que o beneficiário procure o referido médico para agendar a consulta de retorno em até 30 (trinta) dias da consulta originária. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado, será considerada nova consulta, portanto será necessária a emissão de nova guia de encaminhamento.

**3.5 Retorno de consulta de urgência/emergência:** Não existe retorno para os atendimentos realizados em Pronto Socorro/emergência.

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

**3.7 Oftalmologia**: A consulta oftalmológica inclui: Anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame de motilidade ocular e do senso cromático. A tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada seis meses para um mesmo paciente. Para outros exames que porventura o oftalmologista julgue necessitar, deverá ser solicitada autorização prévia da CREDENCIANTE.

**3.8 Psiquiatria**: em regime ambulatorial o beneficiário tem direito a uma consulta a cada quinze dias e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a duas sessões semanais por beneficiário.

## 4. PORTE ANESTÉSICO

**4.1** A classificação dos portes anestésicos para cada procedimento terá como referência a CBHPM 2016, com portes publicados no Comunicado Oficial CBHPM de 29 de outubro de 2018, conforme valores da tabela abaixo:

| nº | Porte Anestésico | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | **Porte 01** | 202,37 |
| 2 | **Porte 02** | 310,38 |
| 3 | **Porte 03** | 471,79 |
| 4 | **Porte 04** | 725,73 |

| nº | Porte Anestésico | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 5 | **Porte 05** | 1.043,81 |
| 6 | **Porte 06** | 1.412,69 |
| 7 | **Porte 07** | 1.876,68 |
| 8 | **Porte 08** | 2.367,80 |

**4.2.** Inflator de 10% (dez por cento), sobre o valor total.

**4.2** Para todos os procedimentos haverá avaliação pré-anestésica, que será preenchida em formulário próprio e **assinada pelo paciente e por um médico anestesiologista** (Ficha de Avaliação Pré-Anestésica). O valor a ser pago pela referida avaliação será de R$ 140,00 (cento e quarenta reais), mediante apresentação do registro médico, devendo ser realizado em consultório ou enfermaria/leito hospitalar, a exceção em casos de emergência, podendo nesta situação, ser realizado em bloco cirúrgico.

## 5. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

**5.1** Para a valoração dos materiais descartáveis será utilizada como referência o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE/SIMPRO**, vigente no mês do atendimento, **com deflator de 20% (vinte por cento).**

**5.2** Para utilização de materiais descartáveis autorizados, com valor monetário superior a R$ 500,00 (quinhentos reais) será necessário aprovação prévia da CREDENCIANTE, exceto nos casos de Urgência/Emergência.

**5.3** Para que sejam remunerados os materiais descartáveis que não constarem no **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE/SIMPRO**, com seu uso devidamente autorizado pelo Órgão Regulador, será obrigatório, por parte da CREDENCIADA, a apresentação da **Nota Fiscal de Compra** do respectivo material, **sendo a mesma acrescida de 10% (dez por cento) - não será considerada válida a apresentação de Nota Fiscal de estoque.**

## 6. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E RADIOFÁRMACOS

**6.1** Para a valoração dos medicamentos de uso geral, medicamentos de uso restrito, soluções, quimioterápicos (isentos) e radiofármacos, será utilizada como referência o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento, remunerado pelo preço de fábrica (PF), ICMS coluna estado RS, sem taxa de comercialização.

**6.2** Medicamentos com valor monetário superior a R$ 500,00 (quinhentos reais) necessitam de aprovação prévia da CREDENCIANTE, exceto nos casos de Urgência/Emergência.

**6.3** Para os medicamentos que não constarem no **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, desde que tenham seu uso autorizado pela ANVISA, será **obrigado** por parte da CREDENCIADA, a apresentação da **Nota Fiscal de Compra** do respectivo medicamento**, sendo a mesma acrescida de 10% (dez por cento)- não será considerada válida a apresentação de Nota Fiscal de estoque.**

**6.4** Os produtos nutricionais, serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE,** correspondente à época do atendimento, remunerado pelo preço de fábrica (PF), sem taxa de comercialização, com **deflator de 40% (quarenta por cento).**

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

**7.1** Para OPME será utilizado o sistema de cotação de três fornecedores, que serão submetidos à auditoria prévia, e após autorizados, será pago o de menor valor conforme o valor da Nota Fiscal de COMPRA acrescido **de 10% (dez por cento)** - cotação de 3 fornecedores, obrigatório a apresentação da Nota Fiscal de COMPRA - **não será considerada válida a apresentação de Nota Fiscal de estoque**.

**7.2** Os materiais especiais de hemodinâmica e eletrofisiologia constam definidos no **Apêndice A** deste Referencial. Em hipótese alguma a CREDENCIADA poderá cobrar diretamente dos beneficiários dos sistemas FuSEx (SAMMED / PASS e EX-COMBATENTE), qualquer valor relacionado à utilização de OPME.

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

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

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

**7.6** É **obrigatório** a apresentação por parte da CREDENCIADA, das evidências de uso das OPME (Dispositivos Implantáveis), abaixo relacionadas, para que se garanta a lisura na execução do procedimento:

**7.6.1** RX, filmes de radioscopias ou hemodinâmica pós implante;

**7.6.2** folha de sala cirúrgica com Descrição dos itens utilizados detalhadamente, assinada;

**7.6.3** relatórios disponíveis no prontuário referente ao implante dos dispositivos;

**7.6.4** nota fiscal (incompatibilidade de valores, quantidade, fornecedor, data);

**7.6.5** quantidade cobrada diferente da autorizada (Descrição, embalagem e imagem RX peri ou pós-operatório e ou intensificador de imagem); e

**7.6.6** folha de equipamento assinada.

**7.6.7** Para a **reutilização** (mediante comprovação de reprocessamento) de OPME, será pago 1/3 do valor da Nota Fiscal acrescido de 6% de margem sobre o 1/3 do valor da NF.

**7.7** Para os orçamentos de OPME, os mesmos deverão ser enviados por e-mail, para que possa ser escolhido qual será utilizado e posteriormente autorizado, em caso da OCS possuir algum OPME em estoque, deverá ser enviada por e-mail a Descrição detalhada do mesmo, para que possa ser avaliado e autorizado.

**7.8** Em caso de urgência não se faz cotação de OPME, deverá ser apresentado nota fiscal e lote posteriormente.

## 8. IMAGIOLOGIA

**8.1** Os exames imagiológicos serão remunerados usando como referência a **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2012**, com portes nela publicados em 18 de outubro de 2012 e UCO de R$ 14,28.

**8.2** Quando algum código referente a procedimento executado no atendimento não constar na Tabela CBHPM 2012 referenciada, será utilizada a próxima Tabela CBHPM, onde o referido código vier a estar referenciado, não havendo alteração nas especificações definidas na tabela acima.

**8.3** Para valoração do filme radiológico será adotado o valor de R$ 27,00 (vinte e sete reais) o metro quadrado (m²).

**8.4** A CREDENCIANTE será responsável pela coleta ou transmissão dos dados de imagem, entrega dos exames e retirada dos laudos na sede da OCS/PSA CREDENCIADA.

**8.5** A CREDENCIADA deverá disponibilizar os resultados dos exames, no prazo máximo de 07 dias corridos, para laudos eletivos, e até 03 dias corridos para exames de emergência/urgência; sem custos adicionais.

## 9. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

**9.1** Outros procedimentos referentes a Serviços Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) serão remunerados usando como referência a **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2012**, com portes nela publicados em 18 de outubro de 2012 e UCO de R$ 14,28.

**9.2** Quando algum código referente a procedimento executado no atendimento não constar na Tabela CBHPM 2012 referenciada, será utilizada a próxima Tabela CBHPM, onde o referido código vier a estar referenciado, não havendo alteração nas especificações definidas no item acima

**9.3** Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico assistente/especialista e o envio do resultado devidamente assinados e carimbados

## 10. EXAMES LABORATORIAIS

**10.1** Exames Laboratoriais/Patologias serão remunerados usando como referência a **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2010**, com portes nela publicados em outubro de 2011 e UCO de R$ 11,50, conforme Comunicado Oficial CBHPM de 18 outubro de 2008.

**10.2** Quando algum código referente a procedimento executado no atendimento não constar na Tabela CBHPM 2010 referenciada, será utilizada a próxima Tabela CBHPM, onde o referido código vier a estar referenciado, não havendo alteração nas especificações definidas na tabela acima.

**10.3** Os exames laboratoriais deverão constar requisição do médico assistente/especialista e o envio do resultado devidamente assinados e carimbados.

**10.4** Especificamente por não constar em tabela referenciada, o exame abaixo será remunerado da seguinte forma:

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Exame toxicológico para renovação de CNH (Lei Federal nº 13.103/2015) | 220,00 |
| 2 | Teste Sars Cov-2 por RT-PCR | 300,00 |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | Teste rápido coronavírus IgG/IgM | 190,00 |
| 4 | Teste Sars Cov-2 por antígeno | 220,00 |

## 11. NUTRIÇÃO

**11.1** A assistência é prestada para fins de acompanhamento ambulatorial.

**11.2** A remuneração pela consulta com nutricionista, está abaixo discriminado:

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta ao Nutricionista (inicial) | 65,00 |
| 2 | Acompanhamento nutricional (sessão) | 60,00 |

## 12. FISIOTERAPIA

**12.1** As sessões de fisioterapia terão a duração mínima de 50 minutos.

**12.2** Os procedimentos fisioterapêuticos serão remunerados conforme Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos – RNPF, do ano vigente/corrente com Coeficiente de Honorários Fisioterapêuticos a R$ 0,33 (trinta e um centavos).

**12.3** Quando em ambiente hospitalar a comprovação do atendimento se dará por intermédio de evoluções dos profissionais com assinatura e carimbo.

**12.4** Os atendimentos fisioterápicos na área hospitalar deverão ter a prescrição do médico assistente.

**12.5** Nos casos de atendimento domiciliar, os CREDENCIADOS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento, conforme abaixo

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Fisioterapia domiciliar | 78,35 |

## 13. PSICOLOGIA

**13.1** As sessões de psicoterapia deverão ter a duração mínima de 50 minutos.

**13.2** Os serviços autorizados para a área de Psicologia e seus respectivos valores, estão abaixo discriminados:

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta ao Psicólogo | 70,00 |
| 2 | Sessão Psicoterapia Individual | 60,00 |
| 3 | Sessão Psicoterapia Familiar | 55,00 |

## 14. FONOAUDIOLOGIA

**14.1** As sessões de Fonoaudiologia deverão ter a duração mínima de 50 minutos.

**14.2** Os serviços autorizados para a área de fonoaudiologia e seus respectivos valores, estão abaixo discriminados:

**14.3 Nos casos de atendimento domiciliar, os CREDENCIADOS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento.**

| nº | Procedimento | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta inicial ao Fonoaudiólogo | 65,00 |
| 2 | Sessão de Fonoaudiologia | 55,00 |
| 3 | Processamento Auditivo Central – avaliação inicial | 180,00 |
| 4 | Processamento Auditivo Central – sessão | 170,00 |
| 5 | Fonoaudiologia domiciliar | 84,50 |

## 15. PSICOPEDAGOGIA

**15.1** As sessões de Psicopedagogia deverão ter a duração mínima de 50 minutos.

**15.2** Os serviços autorizados para a área de Psicopedagogia, e seus respectivos valores, estão abaixo discriminados:

| nº | Procedimento | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta inicial ao Psicopedagogo | 70,00 |
| 2 | Sessão de Psicopedagogia | 60,00 |

## 16. NEUROPSICOLOGIA

**16.1** As sessões de Neuropsicologia deverão ter a duração mínima de 50 minutos.

**16.2** Os serviços autorizados para a área de Neuropsicologia, e seus respectivos valores, estão abaixo discriminados:

| nº | Procedimento | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta inicial ao Neuropsicólogo | 70,00 |
| 2 | Sessão de Neuropsicologia | 60,00 |

## 17. ACUPUNTURA

**17.1** A autorização será preferencialmente para o tratamento de dor.

**17.2** Outras indicações devem ser analisadas baseadas em evidências científicas, que demonstrem sua efetividade. Todos os atendimentos deverão ser registrados no prontuário com letra legível, aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

**17.3** Não contemplam tratamento para tabagismo, obesidade, insônia, estresse, tensão pré-menstrual, menopausa e depressão por falta de evidências científicas que respaldem essas indicações.

**17.4** Os serviços autorizados para a área de Acupuntura, e seus respectivos valores, estão abaixo discriminados:

| nº | Procedimento | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta inicial ao Acupunturista | 65,00 |
| 2 | Sessão de Acupuntura (inclui materiais) | 55,00 |

## 18. TERAPIA OCUPACIONAL

**18.1** As sessões de Neuropsicologia deverão ter a duração mínima de 50 minutos.

**18.2** As remunerações dos serviços de Neuropsicologia, estão abaixo discriminados:

| nº | Procedimento | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Consulta inicial ao Terapeuta ocupacional | 65,00 |
| 2 | Sessão de Terapia ocupacional | 55,00 |

## 19. TERAPIAS ESPECIAIS

19.1. As sessões de terapias especiais deverão ter a duração mínima de 40 minutos;

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

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

| nº | Procedimento | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | ABA (Applied Behavior Analysis – Análise do Comportamento Aplicada) – avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 2 | Bobath, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 3 | Denver, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 4 | Método PROMPT, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 5 | Método PECS, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 6 | Método KUEVAS MEDEK Exercises, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 7 | Método SCERTS, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 8 | Método TEACCH, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 9 | TheraSuit, avaliação inicial/sessão | 160,00 |
| 10 | Terapia ocupacional, avaliação inicial/sessão (beneficiários com deficiência) | 160,00 |
| 11 | Psicomotricidade, avaliação inicial/ sessão (beneficiários com deficiência) | 160,00 |
| 12 | Psicopedagogia, avaliação inicial/sessão (beneficiários com deficiência) | 160,00 |
| 13 | Psicoterapia individual, avaliação inicial/sessão (beneficiários com deficiência) | 160,00 |
| 14 | Fonoterapia, avaliação inicial/sessão (beneficiários com deficiência) | 160,00 |
| 15 | Musicoterapia avaliação inicial/sessão (beneficiários com deficiência) | 160,00 |
| 16 | Neuropsicopedagogia, avaliação inicial/sessão (beneficiários com deficiência) | 160,00 |

**Apenas para pacientes com deficiência, conforme Portaria – DGP/C Ex Nº 544, de 26 de agosto de 2025.**

## 20. ODONTOLOGIA

**20.1** Para a remuneração dos procedimentos odontológicos será utilizada como referência a tabela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO) publicada no ano de 2016, com deflator de 20%, com UC R$ 0,45 e UH Estadual R$ 0,94.

**20.2** Para os procedimentos que não constarem na tabela CBHPO acima referenciada, será utilizada a CBHPO imediatamente posterior em que constar o código do referido procedimento, sem alteração das especificidades descritas no item 19.1.

**20.3** Deverá ter prévia autorização e/ou avaliação do odontólogo militar, excetuam-se os casos de emergência/urgências justificadas.

## 21. DIÁRIAS HOSPITALARES

**21.1** As diárias hospitalares serão remuneradas conforme tabela abaixo:

| nº | Descrição | Especificações | Valor (R$) |
|---|---|---|---|
| 1 | Diária de acomodação privativa | Por dia | 600,00 |
| 2 | Diária de acomodação semi privativa | Por dia | 356,11 |
| 3 | Diária de acompanhante (inclui café, almoço e janta) | Por dia | 109,31 |
| 4 | Diária de acomodação semi privativo conjunto com RN | Por dia | 438,74 |
| 5 | Diária de acomodação com isolamento | Por dia | 462,94 |
| 6 | Diária UTI Adulta (inclui honorários plantonistas) | Por dia | 1.913,84 |
| 7 | Diária UTI Coronariana (inclui honorários 2 plantonistas de 12/12h) | Por dia | 1.580,00 |
| 8 | Diária UTI Neonatal/Pediátrica (inclui honorários 2 plantonistas de 12/12 h) | Por dia | 1.913,84 |
| 9 | Diária de Berçário | Por dia | 266,34 |
| 10 | Diária RN patológico | Por dia | 507,49 |

.

**21.1.1** As diárias normais de enfermaria, quarto, apartamento, suíte, berçário normal de RN (recém-nascido) **incluem:** leito próprio (cama ou berço) com colchão simples ou piramidal, utensílios básicos do alojamento (suporte para soro, escada, cadeira de rodas e para banho, acomodação para o acompanhante, e outros) troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante, quando em apartamento, cuidados e materiais de uso da higiene e desinfecção ambiental, dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais), atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas, cuidados de enfermagem, tais como: administração de medicamentos por todas as vias, preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos, controle de sinais vitais, controle de diurese, curativos, sondagens, inalações, mudanças de decúbito, locomoção interna de paciente, preparo de pacientes para procedimentos cirúrgicos e médicos (enteroclismas, lavagem gástrica, tricotomia, entubação, sondagens etc.) cuidados e higiene pessoal do paciente, preparo de corpo em caso de óbito, orientação nutricional no momento da alta, transporte de equipamentos (Raio-X, eletrocardiógrafo, ultrassonógrafo, etc.), taxas administrativas e serviços (taxa de internação, etc), EPI (equipamentos de proteção individual).

**21.1.2** As diárias especiais de Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal (UTI) **incluem:** 2 (dois) plantonistas intensivistas de 12/12 horas, incluindo ainda, todos os itens que compõem as diárias normais acrescidos de equipamentos como monitor cardíaco e multiparamétrico, oxímetro de pulso, desfibrilador/cardioversor, nebulizador, aspirador a vácuo, capnógrafo, bomba de infusão, respirador, incubadora/berço aquecido e fototerapia.

**21.1.3 Não está incluído na composição das diárias:** materiais e medicamentos, sangue e derivados, curativos (materiais utilizados), SADT, oxigenoterapia, intercorrências cirúrgicas, Honorários Médicos (exceto plantonista), dietas enterais e parenterais e alimentação de acompanhante.

**21.1.4** Durante a permanência na UTI não poderá ser cobrada diária da unidade de internação. A ocupação dos aposentos (quarto/apto), pelos familiares, durante a internação na UTI (Adulto /Neona-

tal /Pediátrica /Coronariana), será cobrada à parte e em caráter particular (Acerto entre a contratada e familiares).

**21.1.5** Caso o paciente opte em acomodação Privativo, este realizará o acerto financeiro diretamente com a contratada mediante Termo de Ajuste Prévio.

**21.1.6** Diária privativa será paga somente com indicação médica devidamente justificada e após autorização do FuSEx.

**21.1.7** Diárias de isolamento deverá obrigatoriamente ser solicitada autorização prévia para o médico auditor do FuSEx, constando a justificativa pelo médico assistente, exceto em casos de Urgência/Emergência que deverão ser solicitados com prazo máximo de 48 horas úteis, obedecendo normas da ANVISA. Não poderá ser cobrada concomitantemente à outra diária.

## 22. GASOTERAPIA

**22.1** A gasoterapia será remunerada conforme tabela abaixo:

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Ar comprimido – por hora | 9,00 |
| 2 | Oxigênio – por hora | 19,00 |
| 3 | Gás carbônico – por hora | 79,00 |
| 4 | Oxigênio com ar comprimido para respirador/ventilador – por hora | 41,00 |
| 5 | Protóxido de azoto por hora | 55,00 |

**22.2** Os gases serão pagos conforme tempo de utilização, **permitindo o fracionamento de 15 (quinze) minutos <u>após a 1ª hora.</u>**

## 23. TAXAS

### 23.1. <u>Taxas de Sala</u>

**22.1.1 TAXAS DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO OBSTÉTRICO:** Inclui carro de anestesia, respirador, capnógrafo, PNI, monitor cardíaco/multiparâmétrico, bisturi elétrico e bomba de infusão utilizada na sala de cirurgia. Inclui ainda: local, mesa operatória, rouparia e campos descartáveis, serviços de enfermagem do procedimento, assepsia e antissepsia (equipe e paciente), iluminação (focos), controle dos sinais vitais, instrumental / equipamentos de anestesia, instrumentador, aspirador elétrico ou a vácuo, oxímetro de pulso, cardioversor, instrumental cirúrgico, hamper, taxa de instalação de oxigênio, locomoção do paciente e EPIs (luvas descartáveis e estéreis, gorros, propés e aventais).

**23.1.2** As cirurgias ambulatoriais e os curativos ambulatoriais serão pagas com <u>Taxa de Sala Ambulatorial</u> ou Porte 0 (Zero). <u>Não estão incluídos na composição das taxas de salas hospitalares</u>: Materiais de consumo e medicamentos, gases anestésicos e oxigênio, equipamentos ou aparelhos de uso eventual <u>não incluso acima</u>; honorários médicos; S.A.D.T., sangue e hemoderivados; drenos, cateteres, sondas, coletores de urina ou secreções, ataduras gessadas, de crepon ou de algodão ortopédico, fios cirúrgicos, luvas, seringas descartáveis, agulhas para raquianestesia ou anestesia peridural.

**23.1.3** As taxas de <u>sala de recuperação</u> pós-anestésica incluem: local, leito, rouparia, monitorização de sinais vitais, monitores, oxímetro, desfibrilador e EPIs (luvas descartáveis e estéreis).

**23.1.4** As taxas de <u>sala de observação / repouso</u> incluem: EPIs (luvas descartáveis e estéreis, gorros, propés, sfc), instalações da sala e serviços de enfermagem. Os honorários médicos corresponderão aos de atendimento em pronto socorro.

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

**23.1.6** A taxa de sala de quimioterapia será paga para pacientes em tratamento ambulatorial. Incluem: EPIs (luvas descartáveis e estéreis, gorros, propés, sfc), instalações da sala e serviços de enfermagem.

**23.1.7** Taxa de sala de gesso inclui instalação da sala, equipamento/instrumental para colocação e/ou retirada de gesso e serviços de enfermagem do procedimento. A Taxa de Sala de Gesso somente será paga quando houver a colocação de aparelhos gessados. Não será paga taxa para a retirada de aparelho gessado, caso o gesso fora colocado no mesmo serviço.

**23.1.8** Taxa de sala de hemodinâmica é utilizada na cobrança de procedimentos de Hemodinâmica (Diagnóstica ou Terapêutica), bem como na colocação de Balão Intra-Aórtico. Não deverá ser paga quando for utilizada a remuneração sob a forma **"Pacote"**. Inclui: Assistência de enfermagem, oxímetro, bisturi elétrico, capnógrafo, carro de parada, aspirador a vácuo, carro de anestesia e monitores.

**23.1.9** As taxas de sala serão remuneradas conforme tabela abaixo:

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Taxa de sala de recuperação por uso | 280,00 |
| 2 | Taxa de sala de hemodinâmica por uso | 377,00 |
| 3 | Taxa de sala de quimioterapia por uso | 120,00 |
| 4 | Taxa de sala ambulatorial por uso | 155,25 |
| 5 | Taxa de sala cirúrgica 1ª hora | 350,00 |
| 7 | Taxa de sala cirúrgica por ½ hora subsequente – por hora | 138,00 |
| 9 | Taxa de sala de observação | 160,00 |
| 10 | Taxa de sala de gesso (colocação/troca/retirada) - por uso | 31,00 |
| 11 | Taxa de sala pré-parto | 63,25 |

**23.2 Taxas de Equipamentos**

**22.2.1** As taxas de equipamentos da OCS/PSA que não constarem em pacotes serão remuneradas conforme segue abaixo:

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Aparelho de ECG | 34,76 |
| 2 | Aspirador Ultrassônico p/ Cirurgia de TU Cerebral/neurocirurgia – por uso | 1.800,00 ou NF +10% |
| 3 | Bisturi bipolar por uso (Remunerar fora CC e UTI) | 38,97 |
| 4 | Bisturi eletro cautério (Remunerar fora CC e UTI) | 20,01 |
| 5 | Bomba de infusão (Remunerar fora CC e UTI por dia) | 23,70 |
| 6 | Cardiotocógrafo por uso | 26,00 |
| 7 | Capnógrafo por hora (Remunerar fora CC/hemodinâmica e UTI por uso) | 4,02 |
| 8 | Carro anestésico por hora (Remunerar fora CC/hemodinâmica e UTI por dia) | 37,92 |
| 9 | Craniótomo por uso | 57,00 |
| 10 | Desfibrilador por uso (Remunerar fora CCe UTI) | 45,29 |
| 11 | Intensificador de imagem por uso | 83,20 |
| 12 | Taxa de microscópio cirúrgico por uso | 79,15 |
| 13 | Monitor Multi-parâmetros – Remunerar fora da UTI e CC – por dia | 65,00 |

| | | |
|---|---|---|
| 14 | Nefrolitotritor – por uso | 81,10 |
| 15 | Serra elétrica (crânio) - por uso | 10,34 |
| 16 | Serra elétrica traumat/gesso – por uso | 14,94 |
| 17 | Taxa de vídeo procedimentos cirúrgicos (inclui sala, vídeo e serviço de enferma- | 427,39 |
| 18 | Taxa de vídeocolonoscopia (inclui sala, vídeo e serviço de enfermagem) | 305,00 |
| 19 | Taxa de vide endoscopia (inclui sala, vídeo e serviço de enfermagem) | 259,00 |
| 20 | Taxa de broncoscopia (inclui sala, vídeo e serviço de enfermagem) | 212,00 |
| 21 | Taxa de cistoscopia (inclui sala, vídeo e serviço de enfermagem) | 150,00 |
| 22 | Ventilador mecânico com blender - por dia (remunerar fora UTI e CC) | 100,05 |
| 23 | Ventilômetro – por uso | 13,80 |

### 23.3 Taxas de serviços Nutrição/Dietética Hospitalar

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Avaliação Nutricional **(1)** – por atend | 70,00 |
| 2 | Avaliação Nutróloga **(2)** - por atend | 65,00 |
| 3 | Avaliação parenteral – Taxa de preparo | 41,07 |

**(1)** está incluso na diária, exceto quando paciente estiver fazendo uso de sonda nasoentérica, gastrostomia ou jejuno, havendo necessidade da avaliação do nutricionista ou do nutrólogo, e deverá constar no prontuário do paciente a solicitação por escrito do médico assistente e prescrição assinadas por nutrólogo/nutricionista. (carimbadas e assinadas )

**(2)** o acompanhamento pelo nutrólogo será autorizado mediante solicitação justificada do médico assistente; a remuneração ao nutrólogo de dará mediante a apresentação da evolução no registro médico no prontuário do paciente, assinado e carimbado por este, será remunerado como avaliação não acompanhamento diário.

### 23.4 Taxas de serviços Ambulatoriais

**22.4.1** As taxas de serviços que não constarem em pacotes serão remuneradas conforme segue abaixo:

| nº | Descrição | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 1 | Aplicação Ev/SC/ID – por uso (Remunerar apenas no ambulatório) | 8,78 |
| 2 | Aspiração de secreção – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 14,00 |
| 3 | Aspiração por bomba – por atend (Remunerar fora CC e UTI) | 8,73 |
| 4 | Aspiração a vácuo – por atend. . ((Remunerar fora CC e UTI) | 8,73 |
| 5 | Avaliação obstétrica – por atend. | 16,37 |
| 6 | Cateterismo vesical s/Mat/Med – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 18,82 |
| 7 | Curativo especial s/mat/med – por atend (Remunerar apenas no ambulatório) | 51,00 |
| 8 | Curativo grande s/mat/med – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 44,62 |
| 9 | Curativo médio s/mat/med – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 27,46 |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Curativo pequeno s/mat/med – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 16,01 |
| 11 | Curativo umbilical s/mat/med – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 15,28 |
| 12 | Embrocação – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 10,67 |
| 13 | Enteroclisma – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 17,28 |
| 14 | Fototerapia – por hora | 4,64 |
| 15 | Hemodiálise – por sessão (inclui aparelho) | 212,75 |
| 16 | HGT – por atend. (Remunerar apenas no ambulatório) | 9,43 |
| 17 | Lavagem gástrica ambulatorial – por atend. | 47,70 |
| 18 | Lavagem de ouvido ambulatorial – por atend. | 4,64 |
| 19 | Lavagem vesical ambulatorial – por atend. | 41,48 |
| 20 | Nebulização – por aplicação (inclui mat/med/gases)- exceto Clenil, inclui Atrovent, Berotec, Bisolvan, Oxigênio ou Ar comprimido | 15,06 |
| 21 | Retirada de pontos – por atend. (incluso na taxa de sala ambulatorial, observação e diárias) | 18,82 |
| 22 | Sondagem gástrica/vesical – por uso (incluso na taxa de sala ambulatorial, observação e diárias) | 18,82 |

**23.4.2** Serão remunerados apenas no ambulatório, por estarem inclusos na taxa de sala ambulatorial, observação, diárias, UTI e em centro cirúrgico.

**23.4.3** Classificação dos curativos para pagamento:

| Tamanho | Extenção | Profundidade | Exsudação | Pomada/Solução | Quantidade |
|---|---|---|---|---|---|
| Pequeno | Variável | Lesão de epiderme | Ausente | Dermazine<br>Dersani<br>Kollagenase<br>AGE | 10ml<br>10ml<br>10g<br>10ml |
| Médio | Variável | Lesão de epiderme e parcial da derme | Mínima e moderada | Dermazine<br>Dersani<br>Kollagenase<br>AGE | 15ml<br>15ml<br>15g<br>15ml |
| Grande | Variável | Toda a derme e epi-derme destruída | Abundante | Dermazine<br>Dersani<br>Kollagenase<br>AGE | 20m<br>20ml<br>20g<br>20ml |

**23.4.4** Curativos especiais serão pagos mediante prescrição médica ou em situações especiais, deverá ser justificado, de acordo coma tabela abaixo:

| Descrição do curativo | Frequência das trocas |
|---|---|
| Alginato de cálcio, carvão ativado com prata | De 01 a 03 dias |
| Hidrocolóide, Hidrogel | De 01 a 07 dias |

## 24. PACOTES DE PROCEDIMENTOS

**24.1** Para os Pacotes de procedimentos médicos em Hospitais e Clínicas Especializadas (OCS), os valores serão remunerados conforme tabela abaixo e **apêndice B** da composição de pacotes.

| nº | Descrição | Observações | Valor (R$) |
|---|---|---|---|
| 1 | Hemodiálise (sessão) **(1)** | Ambulatorial/Internado | 845,04 |
| 2 | Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT- 3D) **(2)** | Ambulatorial/Internado | 12.198,84 |
| 3 | Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT)**(3)** | Ambulatorial/Internado | 15.782,22 |
| 4 | Braquiterapia (4 inserções) **(4)** | Ambulatorial/internado | 12.949,99 |
| 5 | Estudo Eletrofisiológico **(5)** | 1 diária, com OPME | 10.976,45 |
| 6 | Estudo Eletrofisiológico + Ablação **(6)** | 1 diária, com OPME | 13.287,17 |
| 7 | Estudo Eletrofisiológico + Ablação (flutter) **(7)** | 1 diária, com OPME | 15.577,88 |
| 8 | Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação (inclui lente intra-ocular flexível nacional marca liteflex **(8)** | Ambulatorial | 3.450,00 |
| 9 | Facectomia sem lente (Não inclui lente por termo de opção do beneficiário) **(9)** | Ambulatorial | 2.530,00 |

**(1)** inclui honorários, equipamento, material, medicamentos e taxas

(**2)** inclui honorários e simulação

**(3)** inclui honorários e simulação

**(4)** inclui honorários, cheque-filme, planejamento e simulação

**(5**) Inclui honorários, ECG, Taxas, Gases, medicamentos, materiais e OPME (Cateter diagnóstico defletível quadripolar 6fr + Cateter diagnóstico defletível decapolar 6fr + Introdutor valvulado)

**(6)** Inclui honorários, ECG, Taxas, Gases, medicamentos, materiais e OPME (Cateter diagnóstico defletível quadripolar 6fr + Cateter diagnóstico defletível decapolar 6fr + Introdutor valvulado).

**(7)** Inclui honorários, ECG, Taxas, Gases, medicamentos, materiais e OPME (Cateter diagnóstico defletível Cateter diagnóstico defletível Duo decapolar 6fr + Introdutor valvulado+ Equipo para Bomba + Placa terra)

**(8)** Inclui honorários, materiais, medicamentos, taxas, gases e OPME;

**(9)** Inclui honorários, materiais, medicamentos, taxas e gases

**23.2** Para outros Pacotes de procedimentos médicos em Hospitais e Clínicas Especializadas (OCS), os valores serão remunerados conforme tabela abaixo e apêndice da composição de pacotes:

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Cateterismo cardíaco **(10)*** | 2.328,63 |
| 11 | Angioplastia Coronária Primária **(11)*** | 6.167,54 |
| 12 | Angioplastia Coronária com 01 (um) Stent **(12)*** | 5.904,24 |
| 13 | Angioplastia Coronária com 02 (dois) Stents **(13)*** | 9.000,65 |
| 14 | Arteriografia **(14)*** | 2.384,44 |
| 15 | Angioplastia Vascular com 01 (um) Stent **(15)*** | 9.216,55 |
| 16 | Angioplastia Vascular com 02 (dois) Stents **(16)*** | 15.225,06 |

**(10)** Exclui honorários e OPME que depende da necessidade de utilização (Introdutor valvulado femoral R$ 110,58 e/ou Introdutor valvulado radial R$ 200,10). Inclui taxas, materiais e medicamentos .

**(11)** Exclui honorários e OPME que depende da necessidade de utilização (Stent coronário R$ 3.500,00, Stent coronário farmacológico R$ 6.500,00, Introdutor valvulado femoral R$ 110,58 e/ou Introdutor valvulado radial R$ 200,10). Inclui taxas, materiais e medicamentos.

(**12)** Exclui honorários e OPME que depende da necessidade de utilização (Stent coronário R$ 3.500,00, Stent coronário farmacológico R$ 6.500,00, Introdutor valvulado femoral R$ 110,58 e/ou Introdutor valvulado radial R$ 200,10). Inclui taxas, materiais e medicamentos.

**(13)** Exclui honorários e OPME que depende da necessidade de utilização (Stent coronário R$ 3.500,00, Stent coronário farmacológico R$ 6.500,00, Introdutor valvulado femoral R$ 110,58 e/ou Introdutor valvulado radial R$ 200,10). Inclui taxas, materiais e medicamentos.

**(14)** Exclui honorários. Inclui Taxas, OPME e material e medicamentos

**(15)** Exclui honorários. Inclui Taxas, OPME e material e medicamentos

**(16)** Exclui honorários. Inclui Taxas, OPME e material e medicamentos

***** Pacotes sem honorários inclusos;

- Caso necessidade de OPME não previstos em pacote, os mesmos serão comunicados e cobrados a parte na conta; e
- Outros gastos como diárias, taxas, mat/med, exames posteriores ao procedimento e outros gastos não inclusos , serão cobrados a parte.

## 25. REMOÇÕES TERRESTRES

**25.1** Para a execução das remoções terrestres serão utilizadas **ambulância Tipo B (Básica) ou D (UTI).**

**25.2** Será pago o valor de R$ 6,80 (seis reais e oitenta centavos) por quilômetro rodado ambulância básica e de R$ 11,80 (onze reais e oitenta centavos) por quilômetro rodados ambulância UTI para as distâncias acima de 250 Km;

**25.3** Remoções terrestres até 250 Km rodado será pago o valor de "gatilho mínimo" de R$ 2.000,00 (dois mil reais) por quilômetro rodado para a ambulância básica e de R$ 3.300,00 (três mil e trezentos reais) por quilômetro rodado, ambulância UTI tipo D.

## 26. ATENÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE):

26.1 Este capítulo aborda a discriminação dos serviços e insumos agregados, e os valores a serem praticados na prestação da Atenção Domiciliar à Saúde.

26.2 As seções anteriores desta Lista Referencial de Serviços de Saúde serão aplicadas de forma subsidiária para os serviços de Atenção Domiciliar à Saúde, com relação aos procedimentos, insumos agregados e instruções que **não sejam particularmente tratados neste capítulo**.

26.3 A Atenção Domiciliar (AD) é o conjunto de ações de prevenção e de tratamento de doenças, de reabilitação, de cuidados paliativos e de promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Compreende duas modalidades: **assistência domiciliar multiprofissional e internação domiciliar.**

26.3.1 A Assistência Domiciliar Multiprofissional envolve ações de promoção à saúde, de prevenção, de tratamento de doenças e de reabilitação desenvolvidas em domicílio. Indicada para reabilitação das incapacidades funcionais e das circunstâncias clínicas adversas a pacientes em risco de hospitalização recorrente;

26.3.2 A Internação Domiciliar é o conjunto de atividades técnico-profissionais prestadas por equipe habilitada no domicílio a beneficiários clinicamente estáveis com risco de hospitalização recorrente. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades: Internação Domiciliar de Baixa, Média e Alta Complexidade.

26.4 As condições gerais de execução dos serviços encontram-se disciplinadas nas Normas sobre Atenção Domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro (EB 30-N-20.011).

26.5 A indenização será conforme descrito na tabela abaixo:

| **Honorários** | | |
|---|---|---|
| **DESCRIÇÃO** | **COBRANÇA** | **VALOR** |
| CONSULTA MÉDICA GENERALISTA | Por atendimento | R$ 350,00 |
| ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (APH) E INTERCORRÊNCIA. | Por atendimento | R$ 533,79 |
| **Home Care – Medicamentos, dietas e materiais descartáveis** | | |
| **DESCRIÇÃO** | **COBRANÇA** | **VALOR** |
| MEDICAMENTOS, MEDICAMENTOS RESTRITOS E DIETAS | Com autorização prévia | BRASÍNDICE (PF) COM DEFLATOR DE 40% .<br>NA FALTA DO ITEM NA BRASÍNDICE REMUNERAR VALOR DE AQUISIÇÃO MAIS 15%. |
| MATERIAIS DESCARTÁVEIS | Com autorização prévia | BRASINDICE PF COM DEFLATOR DE 15%,<br>NÃO CONSTANDO NA REVISTA PREÇO DE NOTA FISCAL + 15%. |
| DIETA TERAPIA ENTEREAL | Com autorização prévia | BRASÍNDICE (PF) COM DEFLATOR DE 40% .<br>NA FALTA DO ITEM NA BRASÍNDICE REMUNERAR VALOR DE AQUISIÇÃO MAIS 15%. |

| **Home Care – Taxas de uso de Equipamentos** | | |
|---|---|---|
| **DESCRIÇÃO** | **COBRANÇA** | **VALOR** |
| CPAP SOLO LX | POR DIA DE USO | R$ 14,12 |
| VPAP AUTO | POR DIA DE USO | R$ 60,13 |
| BIPAP PRÓ | POR DIA DE USO | R$ 57,96 |
| BIPAP SYNCHRONY / VPAP STA | POR DIA DE USO | R$ 81,62 |
| RESPIRADOR LTV 1000 | POR DIA DE USO | R$ 212,92 |
| RESPIRADOR STELLAR 150 | POR DIA DE USO | R$ 177,43 |
| RESPIRADOR VS III | POR DIA DE USO | R$ 177,43 |
| RESPIRADOR LTV 1200 / TRILOGY | POR DIA DE USO | R$ 212,92 |
| BASE AQUECIDA<br>INCLUSO NA TAXA DO RESPIRADOR CPAP / BIPAP | ---------- | INCLUSO NA TAXA |
| AMBÚ | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| ANDADOR ARTICULADO | POR DIA DE USO | |
| APARELHO ELÉTRICO PARA NEBULIZAÇÃO | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| APARELHO ADVANTAGE | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| ASPIRADOR DE SECREÇÃO CIRÚRGICO | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| ASPIRADOR DE SECREÇÃO ELÉTRICO | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| ASPIRADOR VENTURI | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| BALANÇA DIGITAL PEDIÁTRICA | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| BALANÇA DIGITAL MANUAL | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |

| | | |
|---|---|---|
| BERÇO HOSPITALAR MANUAL | POR DIA DE USO. SE HOUVER INTERNAÇÃO DOMICILIAR O BERÇO SERÁ INCLUÍDO NA DIÁRIA. | INCLUSO NA DIÁRIA |
| BOMBA DE INFUSÃO HARTMAN OU LIFEMED P/DIETA E MEDICAÇÃO | POR DIA DE USO | R$ 2,01 |
| CADEIRA DE RODAS DOBRÁVEL SIMPLES 80 KG | POR DIA DE USO E APENAS PARA REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | R$ 1,72 |
| CADEIRA DE RODAS P/OBESO 180 KG | POR DIA DE USO E APENAS PARA REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | R$ 9,09 |
| CADEIRA DE RODAS RECLINÁVEL C/PERNA ELEVÁVEL KR | POR DIA DE USO E APENAS PARA REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | R$ 9,09 |
| CADEIRA HIGIÊNICA C/BRAÇO FIXO 80 KG | POR DIA DE USO E APENAS PARA REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | R$ 1,72 |
| CADEIRA HIGIÊNICA C/BRAÇO MÓVEL OBESO 120 KG | POR DIA DE USO E APENAS PARA REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | R$ 6,63 |
| CADEIRA HIGIÊNICA C/BRAÇO REMOVÍVEL 100KG | POR DIA DE USO E APENAS PARA REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR. | R$ 2,81 |
| CAMA HOSPITALAR MANUAL 1,90 | POR DIA DE USO. SE HOUVER INTERNAÇÃO DOMICILIAR A CAMA SERÁ INCLUÍDA NA DIÁRIA. | INCLUSO NA DIÁRIA |
| CAMA HOSPITALAR MANUAL 2,1 X 0,9 | POR DIA DE USO. SE HOUVER INTERNAÇÃO DOMICILIAR A CAMA SERÁ INCLUÍDA NA DIÁRIA | INCLUSO NA DIÁRIA |
| CAMA HOSPITALAR MOTORIZADA 2 MOVIMENTOS | POR DIA DE USO. SE HOUVER INTERNAÇÃO DOMICILIAR A CAMA SERÁ INCLUÍDA NA DIÁRIA | INCLUSO NA DIÁRIA |
| CAMA HOSPITALAR MOTORIZADA 3 MOVIMENTOS | POR DIA DE USO, COM PRÉVIA AUTORIZAÇÃO | INCLUSO NA DIÁRIA |
| CAMA HOSPITALAR MOTORIZADA PARA OBESO ATÉ 180 KG | POR DIA DE USO, COM PRÉVIA AUTORIZAÇÃO | INCLUSO NA DIÁRIA |
| CARRINHO PARA TRANSPORTE CILINDRO DE 1M³ | ---------- | INCLUSO NO TORPEDO DE OXIGÊNIO |
| ESCADA 2 DEGRAUS | POR DIA DE USO. SE HOUVER INTERNAÇÃO DOMICILIAR A DIÁRIA SERÁ INCLUÍDA NA DIÁRIA ) | INCLUSO NA DIÁRIA |
| GUINCHO ELÉTRICO FREEDOM GUINDASTE MOTORIZADO | POR DIA DE USO | R$ 12,27 |
| INALADOR ELÉTRICO | POR DIA DE USO | R$ 2,28 |
| MESA PARA REFEIÇÃO | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| MULETA AXILAR (PAR) | ---------- | RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA – NÃO AUTORIZADO |

| | | |
|---|---|---|
| NO-BREAK E OXÍMETRO | ---------- | INCLUSO NA DIÁRIA |
| SUPORTE DE SORO MÓVEL | POR DIA DE USO. SE HOUVER INTERNAÇÃO DOMICILIAR O SUPORTE SERÁ INCLUÍDO NA DIÁRIA | INCLUSO NA DIÁRIA |
| SUPORTE PARA SORO RODAS (BOMBA DE INFUSÃO) | POR DIA DE USO. SE HOUVER INTERNAÇÃO DOMICILIAR O SUPORTE SERÁ INCLUÍDO NA DIÁRIA | INCLUSO NA DIÁRIA |
| TRAPÉZIO | POR DIA DE USO | NÃO AUTORIZADO |
| CILINDRO DE TRANSPORTE OXIGÊNIO DE 1 M³ - 4 M³ COM UMIDIFICADOR | Diária | R$ 3,97 |

| Home Care – Taxa de Serviço | | |
|---|---|---|
| **DESCRIÇÃO** | **COBRANÇA** | **VALOR** |
| Enfermeira Generalista | Por atendimento | R$ 200,00 |
| Enfermeira urgência/emergência | Por atendimento/ mediante justificativa) | R$ 200,00 |

| Home Care – Internação Domiciliar | | |
|---|---|---|
| **DESCRIÇÃO** | **COBRANÇA** | **VALOR** |
| **Módulo de atendimento 6 horas.** | **Por dia de atendimento.** Técnico de Enfermagem 6 horas diárias, visita médica mensal, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora ou respiratória até 2 sessões por semana, fonoaudióloga até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar do desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas. | R$ 350,00 |
| **Módulo de atendimento 12 horas** | **Por dia atendimento**. Técnico de enfermagem 12 horas diárias, visita médica mensal, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora e respiratória até 3 sessões por semana, fonoaudióloga até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas. | R$ 450,00 |
| **Módulo de atendimento 24 horas** | **Por dia atendimento** Técnico de enfermagem 24 horas diárias, visita médica 2 mensais, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora e respiratória até 5 sessões por semana, fonoaudióloga até 5 sessões por semana avaliação acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas. | R$ 800,00 |
| **Módulo de atendimento 24 horas com ventilação mecânica adulto** | **Por dia atendimento.** Técnico de enfermagem 24 horas diárias, visita médica até 4 men- | R$ 1.466,67 |

| | | |
|---|---|---|
| | sais, visita de enfermagem 1 por semana, fisioterapia motora e respiratória até 7 sessões por semana, fonoaudióloga até 5 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, materiais acessórios para suporte de oxigenioterapia (cilindro, concentrador e oxímetro de pulso), consumo de O2 medicinal, respiradores BIPAP OU CPAP e seus respectivos circuitos e filtros, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas. | |
| **Assistência Multidisciplinar 2 horas** | **Por dia atendimento.**<br>Visita médica 1 vez por mês , visita da enfermeira 2 vezes por mês, técnico de enfermagem 2 horas diárias para realização de higienização corporal, inclusive banho no leito, curativos de baixa complexidade, orientação à família e identificação do cuidado, treinamento do familiar para desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas. | R$ 252,00 |
| **Medicação de 4/4 e 6/6 horas** | Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento. | R$ 220,00 |
| **Medicação de 8/8 horas** | Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento. | R$ 200,00 |
| **Medicação de 12/12 e 24/24 horas** | Incluso os serviços e taxas. Não Incluso medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento. | R$ 185,00 |

| **Home Care – Internação Domiciliar Pediátrica (0-12 anos)** | | |
|---|---|---|
| **DESCRIÇÃO** | **VALOR ATUAL** | **VALOR SOLICITADO** |
| **Módulo de atendimento 6 horas.** | **Por dia de atendimento.**<br>Técnico de Enfermagem 6 horas diárias, 1 visita mensal do médico especialista em pediatria, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora ou respiratória até 2 sessões por semana, fonoaudióloga até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar do desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas. | R$ 249,67 |
| **Módulo de atendimento 12 horas** | **Por dia atendimento.**<br>Técnico de enfermagem 12 horas diárias, 1 visita mensal do médico especialista em pediatria, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora e respiratória até 3 sessões por semana, fonoaudióloga até 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas. | R$ 410,67 |
| **Módulo de atendimento 24 horas** | **Por dia atendimento**<br>Técnico de enfermagem 24 horas diárias, 2 visitas mensais do médico especialista em pediatria, visita de enfermagem sema- | R$ 668,45 |

| | | |
|---|---|---|
| | nal, fisioterapia motora e respiratória até 5 sessões por semana, fonoaudióloga até 5 sessões por semana avaliação acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas. | |
| **Módulo de atendimento 24 horas com ventilação mecânica pediátrico** | **Por dia atendimento.** Técnico de enfermagem 24 horas diárias, até 4 visitas mensais do médico especialista em pediatria, visita de enfermagem 1 por semanal, fisioterapia motora e respiratória até 7 sessões por semana, fonoaudióloga até 5 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, materiais acessórios para suporte de oxigenioterapia (cilindro, concentrador e oxímetro de pulso), consumo de O2 medicinal, respiradores BIPAP OU CPAP e seus respectivos circuitos e filtros, avaliação e acompanhamento nutricional 1 visita mensal, orientação à família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta da assistência e central de atendimento 24 horas. | R$ 893,72 |

**Observação 1:** os medicamentos e materiais descartáveis serão fornecidos pelo 27º GAC e/ou pelo familiar (beneficiário). A inclusão, a classificação e, a mudança de complexidade do paciente será mediante avaliação do médico militar do 27º GAC. Assim como a alta do serviço domiciliar. O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.
**Observação 2:** nas situações em que o 27º GAC não dispuser dos medicamentos e materiais descartáveis para fornecer, poderá ser fornecido pela OCS mediante preços definidos na seguinte tabela:

| ÍTENS | FORMA DE REMUNERAÇÃO |
|---|---|
| MEDICAMENTOS, MEDICAMENTOS RESTRITOS E DIETAS | BRASÍNDICE (PF) COM DEFLATOR DE 40% . NA FALTA DO ITEM NA BRASÍNDICE REMUNERAR VALOR DE AQUISIÇÃO MAIS 15%. |
| MATERIAIS DESCARTÁVEIS | BRASINDICE PF COM DEFLATOR DE 15%, NÃO CONSTANDO NA REVISTA PREÇO DE NOTA FISCAL + 15%. |
| DIETA TERAPIA ENTEREAL | BRASÍNDICE (PF) COM DEFLATOR DE 40% . NA FALTA DO ITEM NA BRASÍNDICE REMUNERAR VALOR DE AQUISIÇÃO MAIS 15%. |

**Observação 3:** No caso da tabela Brasíndice não contemplar o material/medicamento a ser usado pelo usuário, a CONTRATADA deve apresentar 3 (três) orçamentos à auditoria prévia para autorização de uso, sendo pago o autorizado mediante apresentação de NF de compra.

**27. REFERENCIAL PARA COBRANÇAS:** A medicação será paga de acordo com a prescrição médica, aprazamento e checagem de enfermagem. A cobrança dos materiais e medicamentos deverá ser proposta pela CREDENCIADA de acordo com os valores por fabricante, sendo permitido a CREDENCIANTE acompanhar a dispensação dos medicamentos pela farmácia hospitalar e a liberação dos materiais hospitalares pelos depósitos .
1. Atrovent e Berotec: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro);
2. Xylocaína líquida: será cobrada por ml;
3. Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20gr (vinte gramas);
4. Dersani: serão cobrados até 20 ml (vinte mililitros) /dia.
5. Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.
6. Taxas de registro ambulatorial será paga 01 (uma) por paciente.
7. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia, salvo quando for em criança ou adulto com restrição hídrica.
8. As nutrições especiais como dietas enterais e parenterais deverão ser solicitadas para a auditoria prévia junto ao médico auditor do FuSEx. Em casos de urgência e emergência, esta solicitação deverá ser

encaminhada em um prazo de até no máximo 48 horas úteis da data do evento. Caso contrário serão passíveis de glosa.
9. Visita Hospitalar: nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente e/ou especialista. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade o médico assistente deve solicitar autorização e justificar ao médico Auditor do FuSEx.
10. Exames complementares de alto custo, com valor unitário acima de R$ 600,00 (seiscentos reais) que não forem de urgência, deverão ter autorização prévia da Auditoria do 27º GAC, de acordo com o Art. 19 da PORTARIA - DGP/C Ex Nº 545, DE 26 DE AGOSTO DE 2025.
11. Não será pago a coleta de exames (incluindo kit coleta) pelo hospital ou terceiros.
12. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior a 02 tentativas (01 sem sucesso e 01 com sucesso).
13. Os curativos ambulatoriais serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição e/ou evolução de enfermagem.
14. Curativo de recém-nato (coto umbilical) internado não será coberto.
15. Curativos pós-cirúrgicos (realizados dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.
16. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico, quando não constarem em diárias/pacotes.
17. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente de equipo com injetor lateral.
18. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem e evolução em prontuário.
19. As fraldas descartáveis serão pagas até 06 (seis) unidades por dia, salvo em casos de paciente com quadro diarreico.
20. Cateterismo Vesical de demora e de alívio, serão pagos somente com a prescrição médica e checagem da enfermagem, bem como a evolução do procedimento. Em caso de troca deverá constar a justificada.
21. Sonda Nasoenteral será paga 01 (uma) por internação mediante prescrição médica e checagem e evolução de enfermagem. Sua troca está autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa médica.
22. Os contrastes serão pagos conforme a prescrição médica e checagem de enfermagem.
23. Cateter de Swan-ganz será pago 01 (um) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico assistente no prontuário.
24. Cateter de acesso central será pago conforme material especial, etiqueta no prontuário, prescrição e evolução médica. Em caso de troca terá que ser justificada.
25. Sistema fechado de aspiração traqueal somente será remunerado mediante autorização prévia do médico auditor do FUSEX. Neste caso, o médico assistente deverá encaminhar a solicitação de autorização para o uso, mediante justificativa ao médico auditor. Em casos de urgência e emergência esta deverá ser encaminhada até no máximo 02 (dois) dias úteis. Deverá ser anexada na conta a etiqueta do produto e este será liberado 01 (um) a cada 07 (sete) dias.
26. Bolsa de colostomia “karaya” será pago 01 (uma) a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
27. Bolsa de colostomia plástico: será pago até 03 (três) por dia, e em caso justificado pelo enfermeiro.
28. Cânula de traqueostomia será pago 01 (uma) por traqueostomia, sua troca deverá ser justificada. A etiqueta deverá ser anexada no prontuário.
29. Cânula endotraqueal será pago 01 (um) por entubação. Troca 01 (uma) vez por semana, se necessário e mediante prescrição e evolução no prontuário.
30. Gelfoam será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia e neurológicas com justificativa médica. A etiqueta deverá ser anexada no prontuário.
31. Os equipos e frascos para hidratação de dietas especiais será pago 01 (um) a cada 24 (vinte e quatro) horas.
32. A Aquisição de órteses, próteses e materiais especiais cirúrgicos (reutilizáveis), cujo valor for superior a R$ 200,00 (duzentos reais, a CONTRATADA deverá apresentar 03 (três) orçamentos (propostas) de empresas que possuam registro junto à ANVISA, com preços médios praticados no mercado, anexando

relatório onde conste o CID-10 e todos os demais parâmetros para autorização da compra do material solicitado.
32.1 Em relação à marca, será adotada a de menor valor, deverá ter justificativa médica e etiqueta do produto, juntamente com Nota Fiscal, anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia da Seção de Auditoria da CONTRATANTE;
33. Materiais descartáveis não cobertos pelo FuSEx estão descritos no **Anexo O** do Edital.
34. A diária conta-se a partir do primeiro dia e exclui-se o dia de alta.
35. Agulha de punção anestésica será pago 01 por anestesia, em caso excepcional, justificado pelo médico anestesista.
36. Agulha de Veres paga-se conforme materiais especiais.
37. Cateter heparinizado ou salinizado somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de SF de 10ml ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
38. Eletrodo descartável será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.
39. Endoloop será pago 01 (uma) unidade conforme materiais especiais. Sua etiqueta deverá estar anexa ao prontuário.
40. Equipo de Irrigação para artroscopia será pago 01 (uma) unidade.
41. Isolador de Pressão será pago conforme materiais especiais. Sua etiqueta deverá estar anexa ao prontuário.
42. Introdutor para estudo eletrofisiológico deverá constar etiqueta no prontuário.
43. Introdutores não valvulados deverá constar etiqueta ao prontuário.
44. Introdutores valvulados deverá constar etiqueta ao prontuário.
45. Lâmina de Shaver, será pago conforme materiais especiais. Sua etiqueta deverá estar anexa ao prontuário.
46. Perfusores e Discofix/Torneirinhas será pago a cada 72 (setenta e duas) horas, para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de discofix/torneirinhas em UTI é de 06 dias (seis) por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
47. Esponja hemostática será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.

## 28. PRESCRIÇÕES DIVERSAS

**27.1** Para que o paciente seja transferido para acomodamento com **Isolamento** será necessário autorização prévia da CREDENCIANTE, a qual analisará a solicitação, mediante estudo da solicitação do médico assistente, das considerações feitas referentes ao paciente em questão quanto ao seu quadro clínico, sua agressividade, odor, entre outros fatores relevantes que implicarão na autorização ou não do Isolamento Social.

**27.2** A chamada de especialista somente será remunerada nas situações em que o médico acionado for da especialidade da patologia do paciente.

**27.3** Para atendimento a pacientes internados que necessitarem de avaliação nas áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, será cobrado o valor de acordo com a tabela vigente em contrato, mediante solicitação do médico e evolução do profissional. Quando forem realizadas visitas, deverá ser informado por e-mail à CREDENCIANTE e deverá constar nas folhas de evolução médica.

Todos valores relacionados aos itens constantes deste referencial, foram autorizados por intermédio de Pareceres Técnicos da Diretoria de Saúde:

- PT Nº 313-DRAS/DSau;
- PT Nº 253-DRAS/DSau;
- PT Nº 40-DRAS/DSau;
- PT Nº 164-DRAS/DSau

Ijuí-RS, 05 de outubro de 2026.

Documento assinado digitalmente
gov.br
VITOR MOREIRA AGUIAR GOMES
Data: 05/10/2026 15:56:20-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

**VÍTOR MOREIRA AGUIAR GOMES- Ten Cel**
Ordenador de Despesas do 27º GAC

## APÊNDICE A

**MATERIAIS DE HEMODINÂMICA:**

| Nº | MATERIAL | Und | R$ |
|---|---|---|---|
| 1 | CATETER BALÃO | Und | 1.232,24 |
| 2 | CATETER DIAGNÓSTICO JL/JR | Und | 131,65 |
| 3 | CATETER GUIA JL/JR | Und | 282,26 |
| 4 | CONECTOR EM Y | Und | 31,60 |
| 5 | GUIA 0,014 SUPORTE MEDIO 180 CM | Und | 314,49 |
| 6 | GUIA 0,0035 | Und | 170,62 |
| 7 | GUIA 0,0035 HIDROFÍLICA | Und | 315,96 |
| 8 | INDEFLATOR | Und | 262,07 |
| 9 | INTRODUTOR RADIAL VALVULADO | Und | 199,17 |
| 10 | INTRODUTOR VALVULADO | Und | 110,59 |
| 11 | MANIFOLD | Und | 68,13 |
| 12 | ROTOR | Und | 29,35 |
| 13 | EXTENSOR ALTA PRESSÃO | Und | 36,69 |
| 14 | EXTENSOR DE BAIXA PRESSÃO | Und | 26,20 |
| 15 | TRANSDUTOR DE PRESSÃO DOMUS | Und | 125,79 |
| 16 | STENT SIMPLES | Und | 3.500,00 |
| 17 | STENT FARMACOLÓGICO | Und | 6.500,00 |
| 18 | ASPIRAÇÃO DE TROMBOS | Und | 2.160,00 |
| 19 | STENT VASCULAR | Und | 4.200,00 |
| 20 | INTRODUTOR ARAMADO CURTO | Und | 851,21 |
| 21 | INTRODUTOR ARAMADO LONGO | Und | 1.760,00 |

**MATERIAIS DA ELETROFISIOLOGIA:**

| Nº | MATERIAL | Und | Valor solicitado |
|---|---|---|---|
| 1 | CATETER ABLAÇÃO | Und | 4.830,00 |
| 2 | CATETER DE ABLAÇÃO IRRIGADO | Und | 6.355,00 |
| 3 | CATETER DIAGNÓSTICO DEFLETIVEL DECAPOLAR 6 FR | Und | 3.760,00 |
| 4 | CATETER DIAGNÓSTICO DEFLETIVEL DUO DECAPOLAR 6 FR | Und | 4.090,00 |
| 5 | CATETER DIAGNÓSTICO DEFLETIVEL QUADRIPOLAR 6 FR | Und | 3.760,00 |
| 6 | EQUIPO PARA POMBA | Und | 320,00 |
| 7 | PLACA TERRA | Und | 40,00 |

## APÊNDICE B

**COMPOSIÇÃO DOS PACOTES**

| (1) - Descrição do pacote de Hemodiálise: | | |
|---|---|---|
| **Descrição** | **Quantidade** | **Total** |
| **Taxa de uso Aparelho hemodiálise** | 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Agulha desc hipodérmica 25x7mm** | 2 | |
| **Agulha de fistula arterio venosa 16GA** | 2 | |
| **Soro fisiológico 0,9% 1000ml bolsa** | 2 | |
| **Equipo macrogotas c/ filtro suspiro e injetor lateral** | 1 | |
| **Esparadrapo 10cm x 4,5 mt -cm** | 5 | |
| **Fita adesiva hospitalar 19mm x 50 mt** | 100 | |
| **Heparina sódica 5000UI/ml** | 3 | |
| **Isolador de pressão desc** | 3 | |
| **Luva de procedimento c/ talco pequena** | 10 | |
| **Seringa desc s/ag 3ml bico liso** | 1 | |
| **Solução de bicarbonato fração ácida** | 1 | |
| **Solução de bicarbonato fração básica** | 1 | |
| **Dialisador capilar hemoflow (alto fluxo)** | 1 | |
| **Linha arterial p/maq. proporção** | 1 | |
| **Linha venosa p/maq. Proporção s /isolador** | 1 | |
| **Hemodiálise crônica (por sessão)** | 1 | |
| **Total do pacote** | | **845,04** |

**(2) - Descrição do pacote de Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D):**

| FORMA DO SERVIÇO | CÓDIGO TABELA (TUSS) | DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS | Qtd. | Valor |
|---|---|---|---|---|
| Pacote | 41203062 | Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) p/ tratamento | 01 | |
| | 41204063 | Simulação Complexa | 01 | |
| | 41001532 | Tomografia Computadorizada p/ Planejamento | 01 | |
| | - | Acompanhamento Radioterapeuta nas Intercor/reavaliações | 01 | |
| **Total do Pacote** | | | | **R$ 12.198,84** |

**(3) – Descrição do pacote de Radioterapia de intensidade Modulada (IMRT):**

| FORMA DO SERVIÇO | CÓDIGO TABELA (TUSS) | DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS | Qtd | Valor |
|---|---|---|---|---|
| Pacote IMRT | 41203054 | Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) | 01 | |
| | 41204063 | Simulação Complexa | 01 | |
| | 41001532 | Tomografia Computadorizada p/ Planejamento | 01 | |
| | - | Acompanhamento Radioterapeuta nas Intercor/reavaliações | 01 | |
| **Total do Pacote** | | | | **R$ 15.782,22** |

**(4) – Descrição do pacote de Braquiterapia: (4 INSERÇÕES)**

| FORMA DO SERVIÇO | CÓDIGO TABELA (TUSS) | DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS | Qtd | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | 41205014 | Braquiterapia endoluminal de alta taxa de dose (BATD) – por inser. | 01 | (4 inserções) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pacote | 41206010 | Filme de verificação (cheque-filme) | 01 | |
| | 41206053 | Planejamento computadorizado tridimensional braquiterapia | 01 | (4 inserções) |
| | 41206070 | Simulação de braquiterapia | 01 | (4 inserções) |
| | 41001532 | Tomografia computadorizada tridimensional | 01 | |
| | - | Acompanhamento Radioterapeuta nas Intercor/reavaliações | 01 | |
| **Total do Pacote** | | | | **R$ 12.949,99** |

| **(5) – Descrição do pacote de Estudo Eletrofisiológico:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FORMA DO SERVIÇO** | **CÓDIGO TABELA (TUSS)** | **DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS** | **Qtd** | **Valor** |
| Pacote | 30911150 | Mapeamento de Feixes | 01 | |
| | | Auxilio | 01 | |
| | 30911117 | Estudo Eletrofisiológico | 01 | |
| | | Auxilio | 01 | |
| | | Eletrocardiograma | 02 | |
| | | Diárias | 01 | |
| | | Taxa de Sala Hemodinâmica | 01 | |
| | | Sala de Recuperação | 01 | |
| | | Taxa de ECG | 02 | |
| | | Taxa de Monitor Multiparâmetros | 01 | |
| | | $O^2$ por hora | 01 | |
| | | Medicamentos | Vários | |
| | | Materiais | Vários | |
| | | Cateter Diagnóstico Defletivel Quadripolar 6fr | 01 | |
| | | Cateter Diagnóstico Defletivel Decapolar 6fr | 01 | |
| | | Introdutor Valvulado | 02 | |
| **Total do Pacote** | | | | **R$ 10.976,45** |

| **(6) – Descrição do pacote de Estudo Eletrofisiológico + Ablação** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FORMA DO SERVIÇO** | **CÓDIGO TABELA (TUSS)** | **DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS** | **Qtd** | **Valor** |
| | 30912016 | Ablação de Circuito | 1 | |
| | Auxilio | Auxilio | 1 | |
| | 30911117 | Estudo Eletrofisiológico | 1 | |
| | | Auxilio | 1 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pacote | | Eletrocardiograma | 2 | |
| | | Diárias | 1 | |
| | | Taxa de Sala Hemodinâmica | 1 | |
| | | Sala de Recuperação | 1 | |
| | | Taxa de ECG | 2 | |
| | | Taxa de Monitor Multiparâmetros | 1 | |
| | | $O^2$ por hora | 1 | |
| | | Medicamentos | Vários | |
| | | Materiais | Vários | |
| | | Cateter Diagnóstico Defletivel Quadripolar 6fr | 1 | |
| | | Cateter Ablação | 1 | |
| | | Placa Terra | 1 | |
| | | Introdutor Valvulado | 2 | |
| **Total do Pacote** | | | | **R$ 13.287,17** |

| **(7) – Descrição do pacote de Estudo Eletrofisiológico e Ablação (Flutter):** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FORMA DO SERVIÇO** | **CÓDIGO TABELA (TUSS)** | **DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS** | **Qtd** | **Valor** |
| Pacote | 30912016 | Ablação de Circuito (30912016) | 1 | |
| | Auxilio | Auxilio | 1 | |
| | 30911117 | Estudo Eletrofisiológico (30911117) | 1 | |
| | | Auxilio | 1 | |
| | | Eletrocardiograma | 2 | |
| | | Diárias | 1 | |
| | | Taxa de Sala Hemodinâmica | 1 | |
| | | Sala de Recuperação | 1 | |
| | | Taxa de ECG | 1 | |
| | | Taxa de Monitor Multiparâmetros | 1 | |
| | | $O^2$ por hora | 1 | |
| | | Medicamentos | Vários | |
| | | Materiais | Vários | |
| | | Cateter Diagnóstico Defletivel Duo decapolar 6fr | 1 | |
| | | Cateter Ablação | 1 | |
| | | Equipo para Bomba | 1 | |
| | | Placa Terra | 1 | |
| | | Introdutor Valvulado | 2 | |
| **Total do Pacote** | | | | **R$ 15.577,88** |

| (8) – Descrição do pacote de Facectomia com implante de lente: | | | |
|---|---|---|---|
| **FORMA DO SER-VIÇO** | **DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS** | **Qtd** | **Valor** |
| Pacote | Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação (inclui lente intra-ocular flexível nacional marca liteflex | 1 | 3.450,00 |
| **Total do pacote** | | | **R$ 3.450,00** |

| (9) – Descrição do pacote de Facectomia sem lente: | | | |
|---|---|---|---|
| | **DESCRIÇÃO CBHPM/TUSS** | **Qtd** | **Valor** |
| Pacote | Facectomia sem lente (Não inclui lente por termo de opção do beneficiário) | 1 | 2.530,00 |
| **Total do pacote** | | | **R$ 2.530,00** |

| (10) – Descrição do pacote de Cateterismo | | |
|---|---|---|
| **Qtde** | **Produto** | **Valor** |
| 01 | Sala de Hemodinâmica - por uso | |
| 01 | Sala de Recuperação - por uso | |
| 02 | Cateter Diagnóstico jr | |
| 01 | Cateter Diagnóstico pig tail | |
| 01 | Torn. Manifold | |
| 01 | Extensor alta pressão | |
| 01 | Guia 0,035 teflonada | |
| 01 | Extensor baixa pressão | |
| - | Material básico | |
| - | Medicamento básico | |
| **Total do pacote** | | **R$ 2.328,63** |

| | **Valor conforme utilização nos procedimentos:** | |
|---|---|---|
| 01 | Introdutor Valvulado Femoral | 110,58 |
| 01 | Introdutor Valvulado Radial | 200,10 |

| (11) - Angioplastia Coronária Primária: | | |
|---|---|---|
| **Qtde** | **Produto** | **Valor** |
| 01 | Sala de Hemodinâmica - por uso | |
| 01 | Sala de Recuperação - por uso | |
| 02 | Cateter Balão | |
| 01 | Cateter Guia terapêutico | |
| 02 | Cateter Diagnóstico | |
| 01 | Kit insuflador | |
| 01 | Rotor | |
| 02 | Extensor alta pressão | |
| 01 | Extensor baixa pressão | |
| 01 | Guia 0,035 teflonada | |
| 01 | Guia 0,014 terapêutica | |
| 01 | Torn. Manifold | |
| 01 | Transdutor de pressão | |

| | | |
|---|---|---|
| | Material básico | |
| | Medicamento básico | |
| **Total do pacote** | | **R$ 6.167,54** |

| | **Valor conforme utilização nos procedimentos:** | |
|---|---|---|
| 01 | Stent Coronário | 3.500,00 |
| 01 | Stent Coronário Farmacológico | 6.500,00 |
| 01 | Introdutor Valvulado Femoral | 110,58 |
| 01 | Introdutor Valvulado Radial | 200,10 |

| **(12) – Angioplastia Coronária com 01(um) Stent** | | |
|---|---|---|
| **Qtde** | **Produto** | **Valor** |
| 01 | Sala de Hemodinâmica - por uso | |
| 01 | Sala de Recuperação - por uso | |
| 02 | Cateter Balão | |
| 01 | Cateter Guia terapêutico | |
| 01 | Kit insuflador | |
| 01 | Rotor | |
| 02 | Extensor alta pressão | |
| 01 | Extensor baixa pressão | |
| 01 | Guia 0,035 teflonada | |
| 01 | Guia 0,014 terapêutica | |
| 01 | Torn. Manifold | |
| 01 | Transdutor de pressão | |
| - | Material básico | |
| - | Medicamento básico | |
| **Total do pacote** | | **R$ 5.904,24** |

| | **Valor conforme utilização nos procedimentos:** | **Valor** |
|---|---|---|
| 01 | Stent Coronário | 3.500,00 |
| 01 | Stent Coronário Farmacológico | 6.500,00 |
| 01 | Introdutor Valvulado Femoral | 110,58 |
| 01 | Introdutor Valvulado Radial | 200,10 |

| **(13) - Angioplastia Coronária c/ 02 (dois) Stents** | | |
|---|---|---|
| **Qtde** | **Produto** | **Valor** |
| 01 | Sala de Hemodinâmica - por uso | |
| 01 | Sala de Recuperação - por uso | |
| 04 | Cateter Balão | |
| 01 | Cateter Guia terapêutico | |
| 01 | Kit insuflador | |
| 01 | Rotor | |
| 02 | Extensor alta pressão | |
| 01 | Extensor baixa pressão | |

| | | |
|---|---|---|
| 01 | Guia 0,035 teflonada | |
| 02 | Guia 0,014 terapêutica | |
| 01 | Torn. Manifold | |
| 01 | Transdutor de pressão | |
| - | Material básico | |
| - | Medicamento básico | |
| **Total do pacote** | | **R$ 9.000,65** |

| | **Valor conforme utilização nos procedimentos:** | **Valor** |
|---|---|---|
| 01 | Stent Coronário | 3.500,00 |
| 01 | Stent Coronário Farmacológico | 6.500,00 |
| 01 | Introdutor Valvulado Femoral | 110,58 |
| 01 | Introdutor Valvulado Radial | 200,10 |

| **(14) - Arteriografia** | | |
|---|---|---|
| **Qtde** | **Produto** | **Valor** |
| 01 | Sala de Hemodinâmica - por uso | |
| 01 | Sala de Recuperação - por uso | |
| 01 | Cateter Diagnóstico | |
| 01 | Cateter Diagnóstico pig tail | |
| 01 | Introdutor Valvulado Femoral | |
| 01 | Guia 0,035 hidrofílica | |
| 01 | Extensor baixa pressão | |
| 01 | Extensor alta pressão | |
| - | Material básico | |
| - | Medicamento básico | |
| **Total do pacote** | | **R$ 2.264,00** |

| **(15) - Angioplastia Vascular c/ 01 Stent** | | |
|---|---|---|
| **Qtde** | **Produto** | **Valor** |
| 01 | Sala de Hemodinâmica - por uso | |
| 01 | Sala de Recuperação - por uso | |
| 01 | Stent Vascular | |
| 01 | Cateter Balão | |
| 01 | Cateter Guia terapêutico | |
| 01 | Kit insuflador | |
| 01 | Extensor alta pressão | |
| 01 | Extensor baixa pressão | |
| 01 | Guia 0,035 hidrofílica | |
| 01 | Guia 0,014 terapêutica | |
| 01 | Transdutor de pressão | |
| 01 | Introdutor valvulado Femoral | |
| - | Material básico | |
| - | Medicamento básico | |

| Total do pacote | R$ 9.216,55 |
|---|---|

| (16) - Angioplastia Vascular c/ 02 Stent | | |
|---|---|---|
| **Qtde** | **Produto** | **Valor** |
| 01 | Sala de Hemodinâmica - por uso | |
| 01 | Sala de Recuperação - por uso | |
| 02 | Stent Vascular | |
| 02 | Cateter Balão | |
| 01 | Cateter Guia terapêutico | |
| 01 | Kit insuflador | |
| 02 | Extensor alta pressão | |
| 01 | Extensor baixa pressão | |
| 01 | Guia 0,035 hidrofílica | |
| 02 | Guia 0,014 terapêutica | |
| 01 | Transdutor de pressão | |
| 01 | Introdutor valvulado Femoral | |
| - | Material básico | |
| - | Medicamento básico | |
| **Total do pacote** | | **R$ 15.225,06** |

| | **Materiais que podem ser usados nos procedimentos:** | **Valor** |
|---|---|---|
| 01 | Guia 0,035 amplatz | 315,96 |
| 01 | Guia 0,035 hidrofílica | 315,96 |
| 01 | Cat. p/ Aspiração de Trombos | 2.464,48 |