

ANEXO N



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
6º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(7º GMAC/1942)
GRUPO MARQUÊS DE TAMANDARÉ**

LISTA REFERENCIAL DO FUSEX DA GUARNIÇÃO DE RIO GRANDE/RS

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Este documento discrimina as definições, tabelas, índices, honorários, valores e outros serviços de saúde, objeto do **Edital de Credenciamento nº 01/2025** de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), com o **6º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA**, com sede na cidade do Rio Grande, RS.

1.2 Os valores serão os autorizados pelo **Parecer Técnico nº 8-2025 SRA-3ªRM**, de 18 de fevereiro de 2025, informado ao 6º GAC, por meio do DIEx nº 1892-Div Tec Sau/Esc Sau/Comdo 3ª RM, de 19 de fevereiro de 2025.

1.3 As especialidades serão **Alergologia, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Exames de Diagnóstico por Imagem, Exames de Diagnóstico por Imagem em Odontologia, Exames Laboratoriais, Fisiatria, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Hepatologia, Imunologia, Infectologia, Laboratório de Análises Clínicas, Laboratório de Patologia Médica, Mastologia, Medicina Hiperbárica, Medicina Nuclear, Nefrologia, Neurologia, Neuropediatria, Nutrição, Nutrologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, Pediatria, Pneumologia, Psicologia, Psicopedagogia, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia, Terapia Ocupacional, Urologia**, entre outros que se fizerem necessários para um eficiente atendimento médico-hospitalar, ambulatorial, odontológico e laboratorial aos usuários dos sistemas: Fundo de Saúde do Exército – (FUSEX), Fundo de Saúde da Marinha - (FUSMA), Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civas do Exército – (PASS), do Sistema de Atendimento Médico aos Militares do Exército e seus Dependentes – SAMMED e do SAM - EX-COMBATENTE, naquilo que não for possível realizar nas instalações da UG-FUSEX 6º GAC, UG 160403, quer por falta de recursos humanos, quer por excesso de demanda dos serviços de saúde prestados aos beneficiários já descritos.

1.4. Os procedimentos que não constarem 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 têm cobertura pelos sistemas FUSEx (SAMMED / PASS e EX-COMBATENTE) / FUSMA / FUNSA.

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

2. HONORÁRIOS MÉDICOS

2.1. Os honorários médicos corresponderão aos valores constantes da tabela CBHPM 2014, como referencial, com portes e UCO no valor de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), publicados em 18 de outubro de 2014. No caso de procedimentos não constantes dessa tabela, serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação acordada neste instrumento (CBHPM 2014).

2.2 Valores referentes a honorários médicos:

Descrição	Valor (R\$)
Atendimento só recém-nascido em berçário	188,97
Atendimento só recém-nascido em sala de parto	278,14
Cesariana	719,94

3. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

Para procedimentos relativos à Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), será utilizado às seguintes precificações:

3.1. Laboratório de análises clínicas: CBHPM 2008 - UCO R\$ 10,00. Os que não constarem na referida tabela, será utilizada a versão imediatamente superior, com seu porte e UCO de R\$ 11,50. Exame Toxicológico (habilitação militar) será no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

3.2. Laboratório em Pronto Atendimento/ Pronto Socorro: CBHPM 2010 – UCO R\$ 12,67. Os que não constarem na referida tabela, será utilizada a versão imediatamente superior, com seu porte e UCO correspondente.

3.3. Demais SADT, exceto Ressonância Nuclear Magnética, em clínicas e em Pronto Atendimento/ Pronto Socorro: CBHPM 2010 - UCO R\$ 12,67. Os que não constarem na referida tabela, será utilizada a versão imediatamente superior, com seu porte e UCO correspondente.

3.4. Exames (SADT) em consultório médico: CBHPM 2012 - UCO R\$ 14,33. Os que não constarem na referida tabela, será utilizada a versão imediatamente superior, com seu porte e UCO correspondente.

3.5. Ressonância Nuclear Magnética: serão valoradas pela tabela CBHPM 2010 – UCO R\$ 11,50.

4. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS – CBHPM 2014

4.1 A Unidade de Custo Operacional da CBHPM publicada no ano de 2014 foi no valor de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), sendo os portes publicados no mesmo ano conforme tabela abaixo:

1A	R\$ 14,49	5C	R\$ 328,54	10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97	6A	R\$ 357,84	10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47	6B	R\$ 393,51	11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96	6C	R\$ 430,43	11B	R\$ 1.402,08
2B	R\$ 76,40	7A	R\$ 464,82	11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42	7B	R\$ 514,48	12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55	7C	R\$ 608,70	12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87	8A	R\$ 657,11	12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83	8B	R\$ 688,94	13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22	8C	R\$ 740,96	13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60	9A	R\$ 776,82	13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16	9B	R\$ 849,41	14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52	9C	R\$ 935,98	14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45	10A	R\$ 1.004,76	14C	R\$ 3.750,34

CONSULTA MÉDICA

4.2 Para **consulta médica em consultório** (horário normal ou preestabelecido) em todas as especialidades, o valor praticado será de **R\$ 126,00** (cento e vinte e seis reais).

4.3 Avaliação de especialista (nos casos de urgência) em todas as especialidades, o valor praticado será de **R\$ 200,00** (duzentos reais).

4.4 Para **consulta médica de urgência e emergência** (em pronto socorro) em todas as especialidades, o valor praticado será de **R\$ 126,00** (cento e vinte e seis reais). Aos sábados, domingos e feriados, e, nos horários entre as 19 h e 7 h, dos demais dias, não haverá nenhum tipo de acréscimo.

4.5 A regra acima também se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados, sendo o valor do honorário da visita médica hospitalar (paciente internado), no valor de **R\$ 100,00** (cem reais).

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

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

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

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

5. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

5.1 Para os materiais descartáveis serão utilizados como referencial o preço de fábrica (PF) constante no guia farmacêutico BRASÍNDICE, vigente do mês do atendimento. Caso o material não constar desta, será utilizado o valor de Nota Fiscal Original de Compra,

acrescido de 15% (quinze por cento).

6. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS, RADIOFÁRMACOS E PRODUTOS NUTRICIONAIS

6.1 Os medicamentos serão pagos de acordo com a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), remunerado pelo preço de Fábrica (PF) – ICMS 18%.

6.2 Para medicamentos de uso restrito hospitalar, radioterápicos e quimioterápicos, serão pagos de acordo com a tabela CMED, remunerado pelo preço de Fábrica (PF) – ICMS 18%.

6.3 Os produtos nutricionais (Dietas nutricionais hospitalares) serão pagos de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente à época do atendimento, remunerados pelo preço de fábrica com redutor de 40% (quarenta por cento) ou pela apresentação de nota fiscal original de compra com aditivo de 20%, como taxa de logística do insumo, para os não constantes do Guia Farmacêutico BRASÍNDICE.

7. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

7.1 Para OPME será utilizado o sistema de cotação de três fornecedores, acompanhado de justificativa médica, com a apresentação de exames que comprovem a real necessidade de utilização, que serão submetidos à auditoria prévia, e, depois de autorizados, será pago o de menor valor com apresentação de nota fiscal, acrescido de margem de comercialização de 15% (quinze por cento).

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

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

7.4 Para os casos de cirurgias de facectomia, com uso de lente intraocular, se o beneficiário optar pela utilização de lentes diferentes das cobertas pelo sistema, o mesmo deverá assinar termo de opção de lente, no qual abre mão da lente fornecida pelo FUSEx (SAMMED / PASS e Ex-COMBATENTE) FUSMA / FUNSA, comprometendo-se a arcar com todas as despesas referentes ao referido material, não cabendo ressarcimento, nem reembolso da diferença entre as referidas lentes.

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

7.6 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.

8. FILME RADIOLÓGICO

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

9. NUTRICIONISTA

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

9.2 As consultas com nutricionista serão remuneradas da seguinte forma:

Código	Descrição	Valor (R\$)
10101300	Consulta ao nutricionista	R\$ 75,00

10. FISIOTERAPIA

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

10.2 As sessões de fisioterapia relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

Nº	Código	Descrição	Valor (R\$)
1	500251055	Acupuntura, por sessão	60,00
2	500251052	Atendimento fisioterapêutico domiciliar, por sessão	45,00
4	10101222	Consulta fisioterapêutica, avaliação inicial	25,00
5	500251062	Disfunção Têmporo Mandibular (DTM)	35,00
6	500251033	Drenagem Linfática, por sessão, mediante solicitação do médico especialista	35,00
7	500251022	Fisioterapia convencional respiratória	25,00
8	500251015	Fisioterapia convencional motora	25,00

9	50025116	Hidroterapia, por sessão	45,00
10	500251059	Pilates em grupo, por sessão	45,00
12	500251063	Quiropraxia, por sessão	45,00
13	500251058	Reeducação Postural Global (RPG)	45,00
14	-	Cinesioterapia – músculo esquelética (técnicas de terapia manual)	25,00
15	-	Fisioterapia técnicas neuroevolutivas	45,00
16	90204006	Equoterapia , aplicada ao Transtorno de Espectro Autista – TEA, por sessão	80,00

11. PSICOLOGIA

11.1 As sessões de psicologia deverão ter a duração de 50 minutos;

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

Nº	Código	Descrição	Valor (R\$)
1	20104322	Atendimento em Psicologia, por sessão	52,42
2	-	Atendimento em Psicologia, por consulta	60,00
3	20104322	Avaliação neuropsicológica, por sessões	100,00
4	20104287	Psicopedagogia, por sessão	85,00
5	20104287	Psicopedagogia, aplicada ao Transtorno de Espectro Autista - TEA , por sessão	103,50
6	-	Psicomotricidade – aplicada ao Transtorno de Espectro Autista - TEA, por sessão	110,00

12. TERAPIA OCUPACIONAL

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

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

Nº	Código	Descrição	Valor (R\$)
1	201041000	Terapia ocupacional, por sessão	70,00
2	-	Terapia ocupacional , com integração sensorial, por sessão	100,00

13. FONOAUDIOLOGIA

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

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

Nº	Código	Descrição	Valor (R\$)
1	-	Fonoterapia - Avaliação Inicial	50,88
2	-	Fonoterapia - Sessão	45,58
3	-	Fonoterapia , aplicada ao Transtorno de Espectro Autista - TEA, por sessão	80,00

14. ODONTOLOGIA

14.1 Para fins de remuneração de procedimentos em odontologia serão utilizadas a tabela CBHPO (*aguardando Parecer Técnico da Diretoria de Saúde*);

14.2 Os procedimentos odontológicos, serão remunerados conforme tabela abaixo, dentro das devidas especificações e divisões (*aguardando Parecer Técnico da Diretoria de Saúde*):

Nº	Descrição	Valor (R\$)
1	ODONTOLOGIA	-
1.1	Odontológica	70,42
1.2	Odontológica Inicial	70,42
2	ODONTOPEDIATRIA	
2.1	Aplicação de selante – técnica invasiva - por elemento	85,47
2.2	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras - por elemento	50,26
2.3	Aplicação tópica de flúor- por arcada	70,42
2.4	Aplicação tópica de verniz fluoretado (por arcada)	30,10
2.5	Controle de biofilme- por sessão	75,25
2.6	Controle de cárie incipiente- por consulta trimestral	73,64
2.7	Profilaxia e polimento coronário	73,64
2.8	Remineralização- por sessão	104,02
2.9	Adequação do meio bucal- por arcada	73,92
2.10	Exodontia de decíduos	72,03
2.11	Mantenedor de espaço fixo	142,45
2.12	Mantenedor de espaço removível	142,45
2.13	Pulpotomia em decíduo	141,48
2.14	Restauração atraumática- por elemento	43,54
2.15	Tratamento endodôntico em decíduos	141,48
3	RADIOLOGIA	
3.1	Radiografia oclusal	30,46
3.2	Radiografia periapical	12,36
3.3	Radiografia panorâmica	49,80

3.4	Tomografia computadorizada por feixe cônico-Cone beam	311,22
3.5	Tomografia convencional- linear ou multidirecional	90,51
3.6	Radiografia interproximal – bite wing	12,36
4	DENTÍSTICA	
4.1	Restauração de ionômero de vidro - Classe I - 1 face	73,64
4.2	Restauração de ionômero de vidro - Classe II - 2 faces	90,30
4.3	Restauração de ionômero de vidro - Classe II - 3 faces	90,30
4.4	Restauração de Resina Fotopolimerizável - Classe I - 1 face	107,10
4.5	Restauração de Resina Fotopolimerizável - Classe II - 2 faces	140,00
4.6	Restauração de Resina Fotopolimerizável - Classe II - 3 faces	174,44
4.7	Restauração de Resina Fotopolimerizável - Classe II - 4 faces	194,00
4.8	Restauração de Resina Fotopolimerizável - Classe III	107,10
4.9	Restauração de Resina Fotopolimerizável - Classe IV	194,60
4.10	Restauração de Resina Fotopolimerizável - Classe V	107,10
4.11	Conserto de prótese total/parcial	105,63
4.12	Tratamento de fluorose	56,98
4.13	Recimentação de trabalhos protéticos	72,03
4.14	Colagem de fragmentos dentários	107,24
4.15	Curativo de demora	115,29
4.16	Faceta direta de resina fotopolimerizável	145,67
4.17	Reembasamento de coroa provisória	72,03
4.18	Coroa provisória (por elemento)	107,24
4.19	Ajuste oclusal por desgaste seletivo (por sessão)	87,08
4.20	Restauração temporária/ tratamento expectante	53,48
4.21	Restauração de amálgama - classe I - 1 face	93,80
4.22	Restauração de amálgama - classe II - 2 faces	108,85
4.23	Restauração de amálgama - classe II - 3 faces	129,01
4.24	Restauração de amálgama classe II - 4 faces	150,78
4.25	Faceta direta em resina fotopolimerizável	145,67
4.26	Dessensibilização dentária (por seguimento)	70,82
5	CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	
5.1	Apicetomia de caninos ou incisivos	185,06
5.2	Apicetomia de caninos e incisivos com obturação retrógada	222,20
5.3	Apicetomia de molares	297,41
5.4	Apicetomia de molares com obturação retrógada	334,55
5.5	Apicetomia de pré-molares	220,92
5.6	Apicetomia de pré-molares com obturação retrógada	258,38
5.7	Biópsia de boca	110,46
5.8	Biópsia de glândula salivar	110,46
5.9	Biópsia de lábio	110,46
5.10	Biópsia de língua	110,46
5.11	Biópsia de mandíbula	110,46

5.12	Biópsia de maxila	110,46
5.13	Cirurgia a retalho - por segmento	218,02
5.14	Controle pós-operatório (por sessão)	70,42
5.15	Cunha proximal	129,05
5.16	Drenagem de abscesso, hematoma e ou flegmão da região BMF - extra-oral	108,85
5.17	Drenagem de abscesso, hematoma e ou flegmão da região BMF - intra-oral	108,55
5.18	Exérese de mucocele	109,81
5.19	Exerese de lipoma em região BMF	177,01
5.20	Exerese de ranula	244,21
5.21	Exodontia de raiz residual	110,46
5.22	Exodontia a retalho	139,86
5.23	Exodontia de permanente	115,98
5.24	Exodontia de permanentes por indicação ortodôntica/ protética	132,23
5.25	Frenulectomia labial	181,52
5.26	Frenulectomia lingual	268,88
5.27	Frenulotomia labial	147,92
5.28	Frenulotomia lingual	181,52
5.29	Reimplante dentário por segmento com contenção	284,25
5.30	Remoção de dente incluso/ impactado	288,83
5.31	Remoção de dente semi-incluso/ impactado	273,07
5.32	Sutura de ferida na região BMF	91,91
5.33	Tratamento para alveolite	76,21
5.34	Tunelização por elemento	150,82
5.35	Ulectomia	76,86
5.36	Ulotomia	61,81
5.37	Odonto-secção por segmento	116,90
5.38	Exerese de cistos odontológicos de mandíbula e maxila	177,07
6	ENDODONTIA	
6.1	Retratamento endodôntico de Canino e pré molar birradiculares	272,61
6.2	Retratamento endodôntico incisivo-canino-pré molar unirradiculares	201,53
6.3	Retratamento endodôntico de molar	343,69
6.4	Tratamento endodôntico de canino/ pré molar-birradiculares	274,31
6.5	Tratamento endodôntico de dentes com rizogênese incompleta (por sessão)	112,07
6.6	Tratamento endodôntico de incisivo/ canino/ pré molar uni-radicular	199,83
6.7	Tratamento endodôntico de molar	343,69
6.8	Tratamento de perfuração endodôntico	159,18
6.9	Pulpectomia-independente da sequência do tratamento	75,25
6.10	Capeamento pulpar direto (excluindo restauração final)	73,64
6.11	Pulpotomia-independente da sequência do tratamento	75,25

7	PERIODONTIA	
7.1	Tratamento da manutenção para periodontite grave (2 em 2 meses)	115,29
7.2	Tratamento de abscesso periodontal agudo	110,46
7.3	Tratamento de gengivite necrosante aguda- GNA (por sessão)	73,64
7.4	Tratamento de manutenção da periodontite leve (6 em 6 meses)	115,29
7.5	Tratamento de manutenção para periodontite moderada (4 em 4 meses)	115,29
7.6	Aumento de coroa clínica	216,73
7.7	Cirurgia periodontal a retalho - por segmento	218,02
7.8	Gengivectomia - por segmento	249,69
7.9	Gengivoplastia - por segmento	144,06
7.10	Raspagem sub gengival para tratamento não cirúrgico da periodontite grave de alto risco- por segmento	137,34
7.11	Raspagem sub gengival para tratamento não cirúrgico da periodontite leve de baixo risco- por segmento	75,25
7.12	Raspagem sub gengival para tratamento não cirúrgico da periodontite leve de médio risco- por segmento	95,41
7.13	Raspagem supra gengival para tratamento da gengivite- por arcada	95,41

15. DIÁRIAS HOSPITALARES

15.1 As diárias hospitalares serão remuneradas conforme segue abaixo:

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
1	Diária de leito privativo	Por diária	360,64
2	Diária de leito privativo	Meia diária	180,32
3	Diária de acompanhante de leito privativo	Por diária	36,06
4	Diária de semi-privativo (dois leitos com banheiro)	Por diária	280,00
5	Diária de semi-privativo (dois leitos com banheiro)	Meia diária	140,00
6	Diária de acompanhante de leito semi-privativo	Por diária	28,00
7	Diária UTI composto	Por diária	1.113,70
8	Diária UTI composto	Meia diária	556,85

Observação: As diárias incluem assistência de enfermagem, taxas administrativas, taxas de serviços, realização de procedimentos como curativos, hemoglicoteste, sondagens, entubação, aspirações, lavagens, PA não invasiva, utilização de monitor multiparâmetro, bomba de infusão, desfibrilador, (sendo autorizados a cobrança apenas dos materiais), dietas (exceto nutrição enteral e parenteral), locomoção de pacientes, colchão piramidal e preparo do corpo pós óbito. As diárias de UTI incluem ainda, capnógrafo, balão intra-aórtico, colchão térmico, incubadora, berço aquecido, fototerapia. Deverá ser realizada a cobrança de meia diária ao paciente que permanecer internado por até 12h.

16. GASOTERAPIA

16.1 A gasoterapia será remunerada conforme segue abaixo:

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
----	-----------	-------------

1	Ar comprimido - por hora	13,37
2	Ar comprimido - por minuto	0,22
3	Gás carbônico - por hora	11,94
4	Gás carbônico - por minuto	0,22
5	Oxigênio – por hora	18,22
6	Oxigênio – por minuto	0,30

17. TAXAS

17.1 Taxas de sala

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

Nº	Descrição	Valor (R\$)
1	Taxa de sala de recuperação anestésica	152,88
2	Taxa de sala por uso/sessão de sala de procedimento ambulatorial	42,83
3	Taxa de sala cirúrgica – 1ª hora	194,32
4	Taxa de sala cirúrgica – meia hora subsequente	88,81
5	Taxa de sala de quimioterapia – ambulatorial	78,62
6	Taxa de sala de hemodinâmica – ambulatorial	252,61
7	Taxa de sala de gesso	44,82
8	Taxa de sala de repouso/ observação Pronto Atendimento – até 6 horas	202,52
9	Taxa de sala de repouso/ observação Pronto Atendimento – até 12 horas	231,15
10	Taxa de sala de aplicação de medicação ambulatorial	51,15
11	Taxa de sala/ sessão de inalação/ nebulização	27,24

Observação: As taxas de sala incluem assistência de enfermagem, taxas administrativas, taxas de serviços, realização de procedimentos como curativos, hemoglicoteste, sondagens, entubação, aspirações, lavagens, desfibrilador, gasoterapia, carro de anestesia (sendo autorizada apenas a cobrança dos materiais utilizados).

17.2 Taxas de aparelhos e equipamentos

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

Nº	Descrição	Valor (R\$)
1	Intensificador de imagem – por uso	210,30
2	Aparelho de circulação extracorpórea - por uso	103,37
4	Bomba de infusão – qualquer modelo - remuneração no leito privativo/semi-privativo – por dia de uso	43,68
5	Respirador – qualquer modelo – remuneração no leito privativo/semi-privativo – por dia de uso	87,92
6	Bisturi elétrico – remuneração no leito privativo/semi-privativo – por dia de uso	19,60
7	Monitor cardíaco, Temperatura, PNI, Artéria pulmonar, Pressão intracraniana - remuneração no leito privativo/semiprivativo – por dia de uso	87,92
8	Aspirador de secreções - remuneração no leito privativo/semiprivativo – por dia de uso	6,72

18.3 Taxas de serviços Ambulatoriais

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

Nº	Descrição	Valor (R\$)
1	Aspiração de secreções – paciente não entubado	15,28
2	Cateterismo vesical ou uretral com material	40,76
3	Enteroclisma/lavagem intestinal com material	18,92
4	Hemoglicoteste com material	9,46
5	Coleta de lavado ou aspirado traqueal	25,48
6	Lavagem otológica	5,82
7	Lavagem gástrica – com material – inclui sondagem	54,60
8	Retirada de pontos, com material	21,84
9	Sondagem nasogástrica ou nasoenteral com material	30,31
10	Taxa por unidade de curativo de queimado - grande, com material	163,59
11	Taxa por unidade de curativo de queimado - médio, com material	127,30
12	Taxa por unidade de curativo de queimado - pequeno, com material	65,74
13	Taxa por unidade de curativo – grande, com material	93,85
14	Taxa por unidade de curativo – médio, com material	71,26
15	Taxa por unidade de curativo – pequeno, com material	49,65

Observação: Serão remunerados somente em procedimentos **ambulatoriais**. Pacientes internados ou em centro cirúrgico, as referidas taxas já estão inclusas.

18. EXAMES LABORATORIAIS

18.1 Os exames laboratoriais, serão remuneradas de acordo com a tabela abaixo:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
	RT-PCR COVID – 19	R\$ 149,96
40324788	SARS-COV-2 ANTÍGENO	R\$ 85,50
40310418	ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE E ANTIBIÓTICO	R\$ 12,00
40310213	CULTURA, URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	R\$ 16,50
40311210	ROTINA DE URINA (CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS ANO	R\$ 7,65
40307182	HIV1+ HIV2, (DETERMINAÇÃO CONJUNTA), PESQUISA DE A	R\$ 33,71
40308391	PROTEÍNA C REATIVA, QUANTITATIVA, DOSAGEM	R\$ 9,00
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRAÇÕES (ER	R\$ 10,00
40307760	SÍFILIS - VDRL	R\$ 8,68
40307026	HEPATITE C - ANTI-HCV	R\$ 28,96
40321134	TOXICOLOGICO CNH/CLT	R\$ 199,99
40316521	TIREOESTIMULANTE, HORMÔNIO (TSH)	R\$ 23,46
40316289	FOLÍCULO ESTIMULANTE, HORMÔNIO (FSH)	R\$ 25,05
40302547	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 6,31
40302695	COLESTEROL (VLDL)	R\$ 8,38
40301591	COLESTEROL (LDL)	R\$ 8,38
40301583	COLESTEROL (HDL)	R\$ 6,31
40301605	COLESTEROL TOTAL	R\$ 4,55
40302733	HEMOGLOBINA GLICADA (FRAÇÃO A1C)	R\$ 19,29
40302040	GLICOSE	R\$ 4,55
40302512	TRANSAMINASE PIRÚVICA (AMINO TRANSFERASE DE ALANIN	R\$ 6,70
40302504	TRANSAMINASE OXALACÉTICA (AMINO TRANSFERASE ASPART	R\$ 6,70
40301630	CREATININA	R\$ 4,55
40302580	URÉIA	R\$ 4,55
40316408	PROGESTERONA	R\$ 26,89
40316327	GONADOTRÓFICO CORIÔNICO. HORMÔNIO (HCG)	R\$ 19,20
40312178	TESTE DO PEZINHO AMPLIADO (TSH NEONATAL + 17 OH PR	R\$ 101,60
40304558	RETICULÓCITOS, CONTAGEM	R\$ 6,15
40301397	BILIRRUBINAS (DIRETA, INDIRETA E TOTAL)	R\$ 4,55
40301990	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 6,70
40301885	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 6,70
40301281	AMILASE	R\$ 6,70
40302520	TRANSFERRINA	R\$ 16,21

40316270	FERRITINA	R\$ 24,22
40302423	SÓDIO	R\$ 4,49
40302318	POTÁSSIO	R\$ 4,49
40302547	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 6,31
40316416	PROLACTINA	R\$ 31,97
40316220	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	R\$ 38,12
40316246	ESTRADIOL	R\$ 26,21
40316505	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 41,00
40316513	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 28,00
40304590	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 5,75
40304639	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 5,75
40307832	TOXOPLASMOSE IGM	R\$ 21,65
40307824	TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 18,30
40316491	T4 LIVRE	R\$ 25,92
40307212	HTLV1 (VIRUS PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL) AC PE	R\$ 39,66
40316190	CORTISOL	R\$ 29,70
40316467	T3 LIVRE	R\$ 25,50
40316556	TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 21,29
40316335	HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 21,29
40306992	HEPATITE B - HBSAC (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE)	R\$ 20,00
40307018	HEPATITE B - HBSAG (AU, ANTÍGENO AUSTRÁLIA)	R\$ 20,00
40306968	HEPATITE B - HBCAC - IGM	R\$ 20,00
40306950	HEPATITE B - HBCAC IGG	R\$ 20,00
40306941	HEPATITE A - IGM	R\$ 20,00
40306933	HEPATITE A - IGG	R\$ 20,00
40304884	COOMBS INDIRETO, ANTICORPOS IRREGULARES	R\$ 10,60
40301842	FERRO SÉRICO	R\$ 6,31
40301729	DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH)	R\$ 6,70
40313328	ZINCO	R\$ 31,90
40308405	ASLO. QUANTITATIVO	R\$ 21,00
40304370	HEMOSEDIMENTAÇÃO, (VHS)	R\$ 4,55
40316017	17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 29,32
40316076	ANDROSTENEDIONA	R\$ 46,84
40316459	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	R\$ 29,66
40302750	PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA (LÍPIDIOS TOTAIS, CO)	R\$ 30,85
40316122	ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO (CEA)	R\$ 30,85
40316068	ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 26,48
40316378	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA)	R\$ 30,85
40311180	PESQUISA OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINÁRIO	R\$ 5,58
40302199	LIPASE	R\$ 6,70
40601137	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO-	R\$ 9,48
40304922	COAGULOGRAMA	R\$ 22,93

40301656	CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB	R\$ 30,05
40301648	CREATINO FOSFOQUINASE TOTAL (CK)	R\$ 10,29
40316360	INSULINA	R\$ 19,96
40316092	ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 23,16
40301150	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 4,55
40301400	CÁLCIO	R\$ 4,55
40302113	HOMOCISTEINA	R\$ 32,78
40316211	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 36,20
40316254	ESTRIOL	R\$ 35,88
40316106	ANTICORPOS ANTITIREÓIDE (TIREOGLOBULINA)	R\$ 36,20
40303136	SANGUE OCULTO, PESQUISA	R\$ 7,74
40304264	FIBRINOGENIO, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	R\$ 5,62
40304906	D-DÍMEROS (NÃO AUTORIZADO PELA POSTAL POR EXAME N	R\$ 79,10
40302571	TROPONINA I	R\$ 30,85
40316300	GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG), DOSAGEM	R\$ 49,04
40301680	CURVA GLICÊMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	R\$ 16,99
40302601	VITAMINA A	R\$ 82,70
40302830	VITAMINA ""D"" 25 HIDROXI. DOSAGEM (VITAMINA D3)	R\$ 20,75
40305015	1.25 HIDROXI VITAMINA D	R\$ 49,83
40301060	VITAMINA C	R\$ 20,49
40316572	VITAMINA B12	R\$ 20,38
40301087	ÁCIDO FÓLICO	R\$ 20,38
40313255	SELÊNIO, DOSAGEM	R\$ 27,91
40316149	ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO TOTAL (PSA)	R\$ 28,35
40316130	ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 36,74
40306305	ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGA	R\$ 17,85
40306143	ANTICARDIOPLINA - IGG	R\$ 17,85
40306121	ANTICARDIOPLINA - IGM	R\$ 23,17
40306313	ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGG	R\$ 17,85
40306348	ANTIMICROSSOMAL	R\$ 29,11
40311171	MICROALBUMINÚRIA	R\$ 17,85
40306674	CITOMEGALOVÍRUS IGM	R\$ 24,00
40307697	RUBÉOLA - IGG	R\$18,11
40307700	RUBÉOLA - IGM	R\$24,00
40304299	GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR RHO (INCLUI DU)	R\$6,40

18.2 Exames laboratoriais que não constem na tabela acima, para pacientes internados em hospitais, serão remunerados conforme valores constantes da tabela CBHPM 2008, como referencial, com seus portes, já o UCO será o do tabela com deflator de 30%, no valor de R\$ 10,00 (dez reais). No caso de procedimentos não constantes dessa tabela, serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação deste referencial.

19. PORTES ANESTÉSICOS

19.1 A classificação dos portes anestésicos para cada procedimento se dará conforme tabela CBHPM 2015, sendo os honorários do anestesista, remunerados conforme tabela abaixo:

Nº	Porte Anestésico	Valor (R\$)
1	Porte 01	130,68
2	Porte 02	191,26
3	Porte 03	281,52
4	Porte 04	418,33
5	Porte 05	643,82
6	Porte 06	898,42
7	Porte 07	1.278,24
8	Porte 08	1.686,34

20. REMOÇÕES TERRESTRES

20.1 As Remoções Terrestres, serão remuneradas de acordo com a tabela abaixo:

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Evacuação intermunicipal em ambulância com suporte avançado, tipo “UTI” adulto/pediátrica (trajeto cidade de origem-cidade de destino).	29,44 por Km rodado
Evacuação intermunicipal em ambulância com suporte básico, tipo “B” adulto/pediátrica (trajeto cidade de origem-cidade de destino).	9,42 por Km rodado
Remoção local em ambulância com suporte básico, adulto/pediátrico (ida e volta para exames médicos, sem espera pelo paciente), dentro do perímetro urbano da cidade de Rio Grande/RS.	56,20 por evento
Remoção local em ambulância com suporte básico, adulto/pediátrico (ida e volta, por hora parada), dentro do perímetro urbano da cidade de Rio Grande/RS.	56,20 por evento

21. PACOTES CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS

21.1 Para os pacotes de oftalmologia estão inclusos toda a parte hospitalar.

21.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com a tabela CBHPM 2012, como referencial, com portes e UCO publicados no ano de 2012.

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

Nº	Código	Descrição	Valor (R\$)
1	30301190	Pacote de Ressecção de tumores palpebrais (incluso material, medicamentos e taxas). O HM não está incluso no pacote.	80,90
2	30303060	Pacote Pterígio – exérese (incluso material, medicamentos e taxas). O HM não está incluso no pacote.	159,23
3	30301041	Pacote Calázio – exérese (incluso material, medicamentos e taxas). O HM não está incluso no pacote.	108,28
4	30304059	Pacote de recobrimento conjuntival (incluso material, medicamentos e taxas). O HM não está incluso no pacote.	162,77
5	30306019	Pacote Capsulotomia YAG ou cirúrgica (incluso material, medicamentos e taxas). O HM não está incluso no pacote.	65,00
6	30307120	Pacote Vitrectomia (incluso implante de silicone, infusão de perfluocarbono, troca de fluido gasoso, endolaser e OPME's, além de demais materiais, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	3.960,00
7	30310032	Pacote glaucoma (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	1.000,00
8	30306035	Pacote de Facectomia (incluso material, OPME, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	3.100,00
9	30313066	Pacote de Sondagem de vias lacrimais (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	240,00
10	30301041	Pacote de Cisto Calázio (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	420,00
11	30301190	Pacote de Ressecção de tumor (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	480,00

12	30313058	Pacote Vias lacrimais, Cisto Calázio e Tumor (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	620,00
13	30306060	Pacote Fixação de Lio (criança) (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	1.450,00
14	30303051	Pacote Fixação de Lio (adulto) (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	1.450,00
15	30305020	Pacote Lavagem câmara interior (criança) (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	1.450,00
16	30305012	Pacote Lavagem câmara interior (adulto) (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	1.450,00
17	30306027	Pacote facectomia (incluso materiais, medicamentos e taxas hospitalares). O HM e a lente não estão inclusos no pacote.	1.600,00
18	41303013	Pacote Angiofluoreceinografia monocular (incluso materiais, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	54,00
19		Pacote Fotoablação de superfície convencional PRK (com diretriz definida pela ANS – nº 13)	

22. PACOTES PARA EXAMES ENDOSCÓPICOS

22.1 Para os pacotes de exames endoscópicos estão inclusos toda a parte hospitalar.

Nº	Descrição	Valor (R\$)
1	Colonoscopia + biópsia (inclui materiais, medicamentos, Honorários Médicos (HM) e taxas – exceto anestesia quando necessário)	800,00
2	Colonoscopia + biópsia + polipectomia (inclui materiais, medicamentos, HM e taxas – exceto anestesia quando necessário)	1.120,00
3	Endoscopia + biópsia (inclui materiais, medicamentos, HM e taxas – exceto anestesia quando necessário)	650,00
4	Endoscopia + biópsia + polipectomia (inclui materiais, medicamentos, HM e taxas – exceto anestesia quando necessário)	800,00

Observação: Para todos os exames estão incluídos os anatomopatológicos.

23. PACOTES DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Nº	Código	Descrição	Valor (R\$)
1	40812030/ 40812022/ 40812057	Pacote arteriografia cerebral (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	2.415,00
2	30911087	Pacote coronografia, cateterismo cardíaco direito e/ou esquerdo (incluso material, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	2.100,00
3	30912105	Pacote de intervenção coronária percutânea com ou sem implante de stent (incluso material, inclusive OPME, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	4.725,00
4	30912253	Pacote de valvoplastia percutânea (incluso material, inclusive OPME, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	4.725,00
5	30912032	Pacote de angioplastia com implante de stent (múltiplos vasos) - (incluso materiais, inclusive OPME, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	5.250,00
6	30911087	Pacote de cateterismo diagnóstico + aortografia (incluso materiais, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	2.100,00
7	40813049/ 40812030/ 40812022/ 40812057	Pacote de arteriografia membro inferior/superior, vasos visceriais (incluso materiais, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	2.100,00
8	30912040	Pacote de intervenção coronariana percutânea na Síndrome coronariana aguda (infarto do miocárdio, angina instável) (incluso materiais, inclusive OPME, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	5.250,00
9	41301340	Pacote urodinâmica completa (incluso materiais, medicamentos e taxas hospitalares). O HM não está incluso no pacote.	180,00
10	40201031/ 40201058	Pacote broncoscopia com biópsia transbrônquica + broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral (incluso HM, materiais, medicamentos e taxas hospitalares).	955,52

24. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUSEX

01. Absorvente Higiênico
02. Aconchego
03. Água oxigenada
04. Algodão

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

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

26. DETERMINAÇÕES SOBRE ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

Os critérios devem respeitar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar das OCS/PSA.

Se for comprovada prática divergente da estabelecida neste item, pode ser solicitada a alteração.

1. **ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES:** Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
2. **AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL:** Será pago 1/5 do valor.
3. **AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA:** Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
4. **AGULHA DE VERESS:** Será pago 1/3.
5. **ALÇA DE POLIPECTOMIA:** Será pago 1/3 do valor.
6. **ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU:** Será pago 1/5 do valor.
7. **AORTIC PUNCH:** Será pago valor integral.
8. **APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR:** Será pago para tricotomia em pré-operatório e no máximo 02 Unidades.
9. **ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** pagar 01 sonda, 01 par de luvas de plástico e 01 Soro

- Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 ml por aspiração, até 06 por dia .
10. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
 11. BALÃO HIDROSTÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
 12. BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.
 13. BALÃO PNEUMÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
 14. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
 15. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
 16. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.
 17. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
 18. BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.
 19. BULL DOG: Não será pago.
 20. CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF): Será pago 1/5 do valor.
 21. CABO CONEXÃO – CONESÃO 603: Será pago 1/5 do valor.
 22. CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.
 23. CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH): Será pago 1/3 do valor.
 24. CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.
 25. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
 26. CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
 27. CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.
 28. CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
 29. CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
 30. CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.
 31. CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
 32. CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.
 33. CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.
 34. CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
 35. CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. A embalagem deverá ser anexada.
 36. CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.
 37. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.
 38. CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.
 39. CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.
 40. CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.
 41. CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.
 42. CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
 43. CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.
 44. CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.
 45. CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.
 46. CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.
 47. CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.
 48. CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.

49. CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.
50. CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.
51. CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.
52. CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.
53. CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.
54. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25/07, 01 ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
55. CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.
56. CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.
57. CATETER MULTIPOURPOSE: Será pago 1/4 do valor.
58. CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.
59. CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.
60. CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.
61. CATÉTER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.
62. SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.
63. CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
64. CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.
65. CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.
66. CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
67. CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.
68. CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
69. CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.
70. CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
71. CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.
72. CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
73. CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.
74. CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.
75. CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).
76. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
77. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
78. COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.
79. CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago 1/5 do valor.
80. CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.
81. CPAP NASAL: NÃO.
82. DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.
83. DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
84. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .
85. ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.
86. ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.
87. ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.
88. EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.
89. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
90. ESCLERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
91. ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.
92. EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
93. EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.
94. EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.
95. FAIXA SMARCH: Será paga 1/5.

96. FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
97. FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
98. FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.
99. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
100. FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA: Será pago 1/3 do valor.
101. FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.
102. FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarreia.
103. FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago valor integral se houver solicitação médica.
104. GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..
105. GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.
106. HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
107. Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
108. Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
109. Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado
110. INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago integral.
111. INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
112. INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
113. ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
114. JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias.Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .
115. KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
116. KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.
117. KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respectiva embalagem em anexo.
118. KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
119. KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
120. KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.
121. KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
122. LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
123. LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.
124. LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.
125. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
126. MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.
127. MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.
128. MANTA CAREQUILT: NÃO.
129. MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.
130. MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40cm para acesso venoso de adulto 20cm para criança), ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
131. ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.
132. PAPILOTOMA: Será pago 1/3 do valor.
133. PAPILOTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
134. PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72h para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
135. PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
136. PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.

137. PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.
138. PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
139. PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.
140. PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
141. PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.
142. REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.
143. ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.
144. SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.
145. SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.
146. SERRA DE GIGLI: NÃO.
147. SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.
148. SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.
149. SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.
150. SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.
151. SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.
152. SONDA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.
153. SONDA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
154. SONDA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.
155. SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
156. SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
157. STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
158. STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
159. SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.
160. TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.
161. TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.
162. TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
163. TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.
164. TROCATER: Será pago valor integral.
165. TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
166. TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.
167. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
168. VÁLVULA HEMOSTÁTICA 2 OU 3 VIAS (CONECTOR Y): Será pago 1/3 do valor.

OBSERVAÇÃO:

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

27. CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS

27.1 CURATIVOS COMUNS

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

27.2 CURATIVOS ESPECIAIS

27.2.2 Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo. Em situações especiais, deverão ser justificadas.

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

28. DA REVISÃO DA LISTA REFERENCIAL

28.1 Os valores da Tabela Referencial de Preços, anexa ao edital de credenciamento da UG FUSEx, **poderão** ser revistos para reestabelecer o equilíbrio econômico financeiro inicial do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

28.2 Aprovada a Lista Referencial pela D Sau, incumbirá à UG FUSEx contratante, assim que receber a notificação da aprovação e a nova Lista Referencial, publicar no PNCP e em jornal local/regional Aviso de Alteração de Anexo do Edital de Credenciamento nº01/2025.

Rio Grande – RS, na data da assinatura eletrônica.

RODRIGO SOUZA LOPES DE ABREU – Ten Cel
Ordenador de Despesas do 6º GAC