

**ANEXO M - LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO POSTO MÉDICO DA
GUARNIÇÃO DE BELO HORIZONTE**



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

**CAPÍTULO I - Lista referencial para diárias, taxas, materiais, dietas e instruções gerais do
FUSEx.**

Código	SERVIÇOS HOSPITALARES	Valor (R\$)
DIÁRIAS		
60000651	Apartamento Standard	787,32
60000937	Unidade de atendimento coronariano	625,91
60000627	Berçário de alto risco / patológico	295,69
60000619	Berçário normal	198,85
60000635	Enfermaria	249,18
60000783	Hospital dia	249,18
60033665	Observação PS acima 06 h	163,54
60033681	Observação PS até 06 h	127,40
60001038	UTI Adulto	713,41
60001062	UTI Neonatal	968,55
60001054	UTI Pediátrico	968,55
60000660	Apartamento Standard Pediátrico/Obstetrícia	624,40
60000708	Enfermaria Pediátrica/Obstetrícia	437,80
60000945	Unidade de Terapia Semi Intensiva (Pediátrica)	778,27
90547454	Taxa de plantonista pediátrico noturno/internação	163,89

Hospitais com Acreditação em ONA nível 03 (três) terão acréscimo de 6% (seis por cento) no valor das diárias.

TX SALA/ INSTRUMENTAL		
60023090	Porte 0 - pequena cirurgia	115,24
60023104	Porte 1 - pequena cirurgia	252,54
60023112	Porte 2 - média cirurgia	371,65
60023120	Porte 3 - média cirurgia.	453,95
60023139	Porte 4 - grande cirurgia	619,54
60023147	Porte 5 - grande cirurgia	704,06
60023155	Porte 6 - especial	986,68
60023163	Porte 7 - especial	1.124,26
60023171	Porte 8 - especial	1.183,71
60023180	Sala de recuperação pós-anestésica	122,85
60024330	Sala de videoendoscopia / videocolonosopia	83,27
60022256	Sala de Gesso	41,49
60023406	Sala de Quimioterapia (sessão)	83,24
GASES		
60028335	Ar comprimido	10,63
60028386	Gás Carbônico	10,63
60028564	Oxido Nitroso / Protóxido Azoto	23,08
60034335	Oxigênio hora	12,27
60028475	Nebulização inclui O2	11,77
60028459	Vaporização Termonebulizador	11,77
TAXAS DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS		
60022817	Necrotério	48,49
60033550	Registro de atendimento ambulatorial pediátrico	39,37
60033550	Registro de atendimento em pronto atendimento	14,00
60033568	Registro de internação	25,00
REFEIÇÃO		
60033533	Acompanhantes de menores de 18 anos ou maiores de 60 anos, 2 (duas) refeições diárias	15,00
TAXA DE SERVIÇOS ESPECIAIS		
60026642	Cirurgia estereotáxica	241,28

60034009	Curativo grande – (exceto mat/med)	22,69
60034017	Curativo médio – (exceto mat/med)	12,00
60034025	Curativo pequeno - (exceto mat/med)	9,40
60033967	Curativo especial – (exceto mat/med)	35,98
60023260	Diálise Peritoneal - Sessão fora da sala específica	60,01
60023899	Retirada de pontos	12,00
60029137	Retinografia	15,99
60027940	Retirada de gesso	7,74
60023317	Hemodiálise - Sessão fora da sala específica	122,69
60029080	Taxa de isolamento	44,00
60028661	Isolamento Pediátrico	42,80
91505575	Instrumental de Procedimentos na UTI	36,15
10101012	Avaliação pré-operatória de pacientes vindos de outras guarnições (atualização prévia)	315,00
TAXA EQUIPAMENTOS		
60030267	Aparelho de anestesia	92,00
60025158	Aparelho de RX (CTI E BC)	32,88
60024976	Aparelho fototerapia	34,76
60034580	Aparelho de Criodiatermia oftálmica (uso)	22,69
60025298	Balão Intra-Aórtico monitorização – 1ª hora	82,70
60025301	Balão Intra-Aórtico monitorização – hora subsequente	13,28
60025336	Berço aquecido 24 h fora UTI (dia)	28,00
60025492	Bisturi Elétrico bipolar	37,31
60025565	Bisturi Elétrico monopolar	26,67
60025603	Bomba de circulação extra-corpórea	53,36
60025662	Bomba de infusão (droga/dia)	17,32
60024178	Broncoscópio - aparelho cirúrgico	82,20
60026200	Campimetria computadorizada	35,42
60026235	Caneta para Dermoabrasão	24,35
60034149	Capacete para Oxigênio	8,07
60030275	Capnógrafo	48,49
60030470	Cardiotacógrafo	22,69

60024275	Colonoscópio aparelho cirúrgico/diagnóstico	108,00
60033916	Craniótomo	146,15
60026413	Dermátomo elétrico	24,35
60026421	Desfibrilador	41,40
60024968	Diatermia (uso)	25,46
60026553	Eletrocardiógrafo	18,26
60026570	Eletroconvulsoterapia	37,80
60026588	Eletroencefalógrafo	35,42
60033860	Endoscópio Urológico cirúrgico/diagnóstico	324,00
60024330	Endoscópio digestivo cirúrgico/diagnóstico	82,20
60033843	Endoscopia respiratória cirúrgico	324,00
60023325	Equipamento de Hemodinâmica	441,81
60024887	Equipamento urodinâmica	58,86
60025182	Facoemulsificador	56,03
60027223	Fotocoagulação com laser	32,40
6002711	Incubadora 24 h fora UTI	37,64
60027169	Intensificador imagem - grandes cirurgias	268,43
60027622	Intensificador imagem - médias cirurgias	242,35
60024380	Laparoscopia aparelho – Cirúrgico /Diagnóstico	356,40
60027339	Marca passo temporário	56,03
60027428	Microscópio cirúrgico	65,32
60027436	Microscópio oftalmológico	46,72
60029188	Monitor Cardíaco (Taxa Monit. ECG contínua-fora CTI)	38,75
60029919	Monitor de Múltiplos Parâmetros	45,00
60029501	Monitor de PA craniana	42,62
60031760	Oxímetro pulso (fora UTI e BC)	36,53
60035064	Pistola para biópsia de próstata e renal	24,84
60032081	PNI (fora do UTI e BC)	29,34
60031921	Pressão invasiva	34,66
60034998	Quadro balcânico	34,66

60024810	Rádio-freqüência (arritmia)	235,29
60027711	Respirador de volume – 1ª hora	60,35
60027720	Respirador de volume – hora subsequente	10,23
60027673	Respirador de pressão – 1ª hora	38,38
60027681	Respirador de pressão – hora subsequente	6,39
60024550	Retossigmoidoscopia aparelho Cirúrgico /Diagnóstico	82,70
60024615	Toracoscopia aparelho Cirúrgico /Diagnóstico	356,40
60024151	Vídeo-Artroscópio ap. cirúrgico	356,40
60035099	Videoscópico cirúrgico /diagnóstico	356,40
92505050	Ventilador Trilogy	87,36
60028300	Vitreógrafo	181,26
60025484	BIPAP / CIPAP	58,33
60034041	Tenda de Oxigênio	12,00
OUTROS ITENS		
90515253	Filme m ²	21,53
60018887	Remoção – Bandeirada	65,52
60034815	Remoção – km rodado	6,55

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Diárias de Apartamento Standard, Enfermaria, Hospital-Dia, Pronto-Socorro e Berçário

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade.
- b) Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, copeira e serviços gerais.
- c) Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental.
- d) Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia), incluindo café da manhã do acompanhante.
- e) Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do

paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;

- f) Orientação nutricional no momento da alta; Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, ultra-som, etc).
- g) Aspirador de secreções.
- h) Taxa de vigilância epidemiológica.
- i) Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas.
- j) Equipamentos de proteção individual (EPI).
- k) Fototerapia até 24 horas, em caso de berçário.
- l) Alimentação após 6 horas, em caso de paciente em pronto-socorro.
- m) Acompanhamento do serviço de nutrição.

Observação: Em caso de transferência de acomodação (apartamento / enfermaria / CTI / UTI), será remunerada a diária em que o paciente permanecer a maior parte do dia.

2. Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva / Unidade Coronariana

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1, exceto a acomodação de acompanhante.
- b) Monitor cardíaco contínuo, oximetria, monitor de temperatura, pressão não invasiva (PNI), taxa de eletrocardiograma, bomba de infusão e nebulização.
- c) Desfibrilador.
- d) Não está incluído: materiais e medicações, sangue e derivados, curativos, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, leito especial (isolamento).

Observação: Em caso de transferência de acomodação (apartamento / enfermaria / CTI / UTI), será remunerada a diária em que o paciente permanecer a maior parte do dia.

3. Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica / Neonatal

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 2, incluindo a acomodação de acompanhante.
- b) Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP e fototerapia até 24 horas.

4. Diárias Especiais de Berçário de Alto Risco

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 2, incluindo a acomodação de acompanhante.
- b) Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP, oxímetro de pulso e fototerapia até 24 horas.

5. Taxas de Sala em Centro Cirúrgico / Obstétrico

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

- a) Sala Cirúrgica - portes 0 a 8 da Lista Referencial de Honorários Médicos: local; mesa operatória; roupa de sala, da enfermagem e médico; serviço enfermagem do procedimento; assepsia e anti-sepsia da equipe, paciente e ambiente; paramentação de toda a equipe, esterilização do material, monitor de multiparâmetros (ECG contínuo, PNI, monitor de pressão invasiva e oxímetro de pulso), monitor de temperatura, carrinho de anestesia, exceto em caso de anestesia geral, raqui ou peridural, Iluminação (foco); controle dos sinais vitais, locomoção do paciente e aspirador de secreções.
- b) Taxa de curativo, exceto curativo especial.
- c) Taxa de vigilância epidemiológica.
- d) Aspirador de secreções e berço aquecido.
- e) EPI

6) Taxas de sala de Recuperação pós-anestésica

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

Deverá incluir:

- a) Local; leito; roupa de sala, da enfermagem e médico. Só cabe a cobrança para pacientes que foram submetidos à anestesia geral, raqui anestesia ou anestesia peridural.
- b) Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, aspirador de secreções, serviço de enfermagem, uso de materiais para desinfecção do ambiente, paramentação de toda a equipe e EPI.

7) Taxa de Hemodinâmica:

- a) Será de acordo com o porte anestésico do procedimento da Lista Referencial de Honorários Médicos negociada.
- b) Quando realizados simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrada 100% da taxa de sala de maior porte e 50% da taxa de sala do segundo procedimento.
- c) Serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e uso de cosméticos, paramentação de toda a equipe, monitoração cardíaca, curativos pequeno e

médio, PNI, bomba de infusão, oximetria, TX de assepsia, TX de vigilância epidemiológica, desfibrilador e EPIs.

d) Taxa de sala/ Instrumental.

8) Taxas de Sala Fora do Centro Cirúrgico

Baseado no porte anestésico do procedimento constante do Referencial de Honorários Médicos negociado, pequenas cirurgias, procedimentos em ambulatório, endoscopia ou pronto socorro.

No valor das taxas deverão estar incluídos:

- a) Sala Padrão: local; rouparia de sala, da enfermagem e médicos; serviços de enfermagem do procedimento; mesa principal e auxiliares; focos; preparo do paciente (sondagens) anti-sepsia da sala e instrumental.
- b) Sala de Observação em Pronto Socorro: local; rouparia de sala, da enfermagem e médicos; serviço de enfermagem.
- c) Sala de Radiologia - Exames Contrastados: todos os itens constantes da letra a) do item 5.
- d) Sala de Vídeoendoscopia e Colonoscopia: todos os itens constantes da letra a) do item 5, acrescido de foto e filme. A taxa de uso do equipamento de videoendoscópico e a taxa de sala serão cobradas à parte. Não cabe a cobrança de taxa de instrumental para os procedimentos endoscópicos.
- e) Sala de Hemodinâmica - Todos os itens constantes da letra a) do item 5. A taxa de uso do equipamento de hemodinâmica deverá ser cobrada à parte.

9) Taxas de Sala de Gesso

Será paga somente em caso de instalação de gesso.

- a) Inclui o uso de equipamentos, higienização da sala, serviços de enfermagem, curativos pequeno e médio.
- b) Não será pago taxa para retirada de aparelho gessado.

10) Taxa de Sala de Quimioterapia:

Somente em caso de pacientes em tratamento ambulatorial. Deverá incluir: Sala de preparo do quimioterápico, quimioterapia sessão, serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos, paramentação de toda a equipe, curativos pequenos e médios e EPIs.

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

11. Notas complementares

1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.

2. Videoeletroencefalograma – Pacote incluindo Honorários Médicos / Materiais / Medicamentos / Diárias e Taxas, com autorização prévia e somente para tratamento específico da epilepsia, nos seguintes valores:
 - a. VEEG 24h – R\$2.060,00 (dois mil e sessenta reais);
 - b. VEEG 48h – R\$3.620,00 (três mil seiscientos e vinte reais);
 - c. VEEG 72h – R\$5.080,00 (cinco mil e oitenta reais); e
 - d. VEEG 96h – R\$6.340,00 (seis mil trezentos e quarenta reais).
3. Os procedimentos cirúrgicos e invasivos (Capítulo 3) que houverem a utilização de equipamentos que constam na Tabela de Diárias e Taxas deste Anexo M, deverão ser remunerados de acordo com a devida Tabela. Da mesma forma, os procedimentos da Angiorradiologia(Capítulo 4).
 - a. Referencial para cobrança de medicamentos:
 - 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 = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas);Cepacol: serão cobrados 10 ml (dez mililitros) /dia;
 - 4) Dersani: serão cobrados 20 ml (vinte mililitros) /dia.
4. Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.
5. Taxas de registro de internação internas ou externas serão paga 01 (uma) por paciente.
6. Honorário de fisioterapia será pago da seguinte forma:
 7. 6.1. Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras por dia, em CTI-Adulto;
 8. 6.2. Até 04 (quatro) fisioterapis respiratórias (Ventilação Mecânica) e 02 (duas) motoras por dia, em CTI-Adulto;
 9. 6.3. Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 01 (uma) motora por dia, em apartamento, adulto e pediátrico;
 10. 6.4. Até 03 (três) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras por dia, em CTI-Pediátrico;
 11. 6.5. Até 04 (quatro) fisioterapias respiratórias (Ventilação Mecânica) e 02 (duas) motoras, em CTI-Pediátrico;
12. Placa de eletrocautério descartável será pago somente quando seu uso for indicado, sendo necessária descrição em folha de sala e embalagem anexada no prontuário;

13. 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;
14. As trocas de materiais serão pagas conforme estabelecido nas **Instruções Gerais** desta Lista Referencial;
15. Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência, terão que ter autorização prévia do SAMMED/FUSEx da Guarnição de Belo Horizonte.
16. Será paga o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
17. Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
18. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
19. Taxa de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.
20. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48hs para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
21. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
22. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de registro.
23. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
24. A taxa de aerosolterapia está incluída no uso de gases.
25. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, monitor de gases e todos os itens que compõem o aparelho, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
26. A Manta Térmica será paga nos casos de: cirurgias de porte > ou = 6; pacientes acima de 60 anos; utilização em per e pós-operatório em neonatos; pacientes politraumatizados e grandes queimados.
27. As luvas de procedimento serão pagas 24 (vinte e quatro) pares por dia no CTI, 06 (seis) pares em apartamento ou enfermaria. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.

28. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
29. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
30. A visita do nutrólogo deverá ser paga 01 (uma) por dia, devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta enteral e parenteral.
31. As fraldas descartáveis serão pagas até 06 (seis) unidades por dia, salvo em casos de paciente com quadro diarréico.
32. Os curativos especiais serão pagos conforme tabelas constantes no Capítulo V desta Lista Referencial, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.
33. A Aquisição de órteses, próteses e materiais especiais cirúrgicos, cujo valor for superior a R\$ 300,00 (trezentos reais), será paga de acordo com os parâmetros constantes na Lista Referencial de Materiais e Dietas do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, “**Anexo T**” do Edital, mediante autorização prévia da CONTRATANTE. Caso as OPMEC não constem da referida lista, 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. Em relação à marca, será adotada a de menor valor, que terá que ter justificativa médica e embalagem do produto, juntamente com o boleto bancário e a Nota Fiscal, acrescido de margem de comercialização de 20% do valor do produto, anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia da Seção de Auditoria da CONTRATANTE;
34. Será utilizada como referência para medicamentos a tabela CMED, PF mais 20% e caso os medicamentos não constem nela, poderá ser usada a Tabela BRASÍNDICE.
Para os medicamentos Antineoplásicos orais e parenterais e para controle de efeitos colaterais e adversos desses medicamentos será considerado o menor valor acordado no parâmetro CMED/ANVISA na coluna PF mais 17%, incluindo neste caso, a Terapia Imunobiológica (artrite reumatóide, artrite psoriática, doença de crohn, espondilite anquilosante, esclerose múltipla e etc.).
35. Os materiais, dietas e Contrastes serão pagos de acordo com os valores constantes da Lista Referencial de Materiais, Dietas e Contrastes do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, “**Anexo T**” do Edital.

36. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.
37. Quando realizado simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrado 100% da taxa de sala de maior valor e 50% (cinquenta por cento) da taxa de sala do segundo procedimento.
38. Não haverá taxa de registro para a realização de exames e para a realização de procedimentos em pacientes crônicos, tais como: curativos, troca de sonda, etc.
39. Os materiais, contrastes radiológicos e as dietas serão pagos conforme valores constantes na Lista Referencial de Materiais, Dietas e Contrastes do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, Anexo T do Edital. Quando algum item não constar dessa tabela, o prestador de serviço deverá apresentar 03 (três) orçamentos com valores praticados no mercado, sendo a margem de comercialização de 20% (vinte por cento). Em relação a marca, será adotada a de menor valor, exceto em casos específicos, que terá que ter justificativa médica e embalagem do produto, juntamente com a Nota Fiscal, anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia da Seção de Auditoria da CONTRATANTE.
40. A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário.
41. Curativo de recém-nato (coto umbilical) não será coberto.
42. Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.
43. Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.
44. Nos casos de urgência e emergência os materiais utilizados deverão estar presentes no Anexo T ou valores médios praticados no mercado.
45. Materiais descartáveis não cobertos pelo FUSEx estão descritos no Capítulo II desta Lista Referencial.

CAPÍTULO II - Materiais descartáveis não cobertos pelo FUSEx

- 1) Absorvente Higiênico
- 2) Aconchego
- 3) Água oxigenada
- 4) Algodão
- 5) Aquecedor e manta térmica

- 6) Bacia plástica
- 7) Band-aid
- 8) Bandeja para raquianestesia
- 9) 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 microcâmera
- 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) Pasta gel
- 76) Pijama descartável
- 77) Plug adaptador macho
- 78) Sabonete
- 79) Sandália para gesso
- 80) Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo
- 81) Sensor infantil neonatal
- 82) Sensor para oxímetro
- 83) Tapoin
- 84) Termômetro
- 85) Tipóias
- 86) Toalha descartável
- 87) Redutor Trocáter
- 88) Esparadrapo
- 89) Micropore
- 90) Tampa cone Luer
- 91) Pulseira radial

CAPÍTULO III - Determinações sobre órteses, próteses, materiais especiais descartáveis e reutilizáveis.

1. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
2. AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL.
3. AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
4. AGULHA DE VERES.
5. ALÇA DE POLIPECTOMIA.
6. ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU.
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.
12. BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.
13. BALÃO PNEUMÁTICO.
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 07 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
16. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: 03 (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).
21. CABO CONEXÃO – CONESÃO 603.

22. CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.
23. CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH).
24. CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA.
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 01 (uma) por entubação – troca 01 (uma) vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
27. CÂNULA PARA ARTROSCOPIA.
28. CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
29. CATÉTER ABLAÇÃO.
30. CATETER ACS RX ROCKET.
31. CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA).
32. CATETER CEREBRAL LR (EPTCA).
33. CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET).
34. CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA).
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 01 (um) por internação.
38. CATETER DE PH METRIA.
39. CATETER DECAPOIAR (ST JUDES).
40. CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO.
41. CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA.
42. CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA).
43. CATETER DIAGNÓSTICO PASS.
44. CATETER DUODECAPOIAR.
45. CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON).
46. CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL): Será pago valor integral.

47. CATETER GENSINI.
48. CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA).
49. CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON).
50. CATETER GUIA STERTZER.
51. CATETER GUIA UBRIT.
52. CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL.
53. CATETER HEAD HANTER.
54. 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 ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
55. CATETER JUDKINS – CE.
56. CATETER LEHMANN.
57. CATETER MULTIPURPOSE.
58. CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 (um) por internação para recém nascido.
59. CATETER NIH.
60. CATETER PHMETRIA.
61. CATÉTER PIGTAIL NIH.
62. SIMMONS, COBRA.
63. CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO.
64. CATETER SONES JUDKINS – CD.
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.
68. CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
69. CATETER VODA (CAT CORONARIAE).
70. CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
71. CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL.
72. CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
73. CLIPADOR RETO.
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 (um) a cada 03 (três) 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.
80. CONECTOR Y.
81. CPAP NASAL: NÃO.
82. DILATADOR.
83. DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
84. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.
85. ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO.
86. ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO.
87. ENDOLOOP: Será pago 01 (uma) Unidade.
88. EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 01 (uma) Unidade.
89. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
90. ESCLERÓTOMO.
91. ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS.
92. EXTENSOR DE BOMBA.
93. EXTENSOR DE PRESSÃO.
94. EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO).
95. FAIXA SMARCH.
96. FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER.
97. FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
98. FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) sessões.
99. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
100. FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA.
101. FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO.
102. FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 (seis) 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.
106. HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
107. Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas.
108. Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 (setenta e duas horas). Para neonatal 48 (quarenta e oito horas).
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 01 (um) a cada 03 (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.
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.
121. KIT PARA VITRECTOMIA.
122. LÂMINA DE SHAIVER: No caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
123. LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA.
124. LINHA DE TROCA.
125. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
126. MANIFOLD.
127. MANOBRADOR DE GUIA.
128. MANTA CAREQUILT: NÃO.
129. MICROPINÇA.

130. MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40 (quarenta) cm para acesso venoso de adulto 20 (vinte) cm para criança, ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
131. ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.
132. PAPILÓTOMA.
133. PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO.
134. PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 (seis) por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
135. PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
136. PISTOLA DE IRRIGAÇÃO.
137. PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR).
138. PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
139. PONTEIRO IRRIGADOR.
140. PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
141. PUNCH DE BHARRON.
142. REDUTOR TROCATER.
143. ROTOR (MANIPULADOR GUIA).
144. SERINGA INSUFLADORA.
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 (um) a cada 07 (sete) 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.
152. SONDA DE DORMIA.
153. SONDA ENDOLASER.
154. SONDA MANOMETRIA.

- 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 01 (uma) por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) 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 05 (CINCO) VIAS.
- 162. TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 163. TREPANO DE HESBHURG.
- 164. TROCATER: Será pago valor integral.
- 165. TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
- 166. TUBO TRAQUEAL ARAMADO.
- 167. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
- 168. VÁLVULA HEMOSTÁTICA 02 (DUAS) OU 03 (TRÊS) VIAS (CONECTOR Y).

OBSERVAÇÃO:

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

CAPÍTULO IV - Procedimentos radiológicos contrastados.

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Broncografia unilateral	Hytraste	20 ml
Laringografia	Hytraste	20 ml
Ductografia (por mama)	Lipiodol UF	5 ml

Sialografia (por glândula)	Lipiodol UF	5 ml
Histerossalpingografia	Telebrix hystero	20 ml
Artrografia	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Fistulografia	Telabrix hystero	20 ml
Colangiografia transcutânea	Iodado (iônico)	40/50 ml
Colangiopancreatografia retrogr.	Iodado (iônico)	40/50 ml
Dacriocistografia	Lipiodol UF	5 ml
Reed	Neobar - (Bário)	200 a 250 ml
Ressonância Magnética	Magnevistan	0,1 a 0,2 ml/kg
Flebografia	Unilateral	40 a 60 ml
Flebografia	Bilateral	60 a 120 ml

NEURORADIOLOGIA

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (não iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arco aórtico	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Arco aórtico	Iodado (não iônico)	100 a 150 ml
Angiografia medular	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Iopamiron 300	20 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Omnipaque 370	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Iopamiron 350	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Iopamiron 370	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia	Omnipaque 350	5 ml

- **DEMAIS ANGIOGRAFIAS:** Quantidade de contraste não previsível – variando com peso, complexidade do procedimento ou patologia.

CARDIOLOGIA

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Cateterismo cardíaco	Telebrix – Optiray	100 ml
Cat + Angioplastia	Telebrix – Optiray	200 a 250 ml

APARELHO DIGESTIVO

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml
Colangiografia venosa	Biligrama infusão	100 ml
Colangiografia com planigrafia	Biligrama infusão	100 ml
Colangiografia oral	Iodado oral	12 comp.
Esôfago	Bário	1 Fr.
Estômago e Duodeno	Bário	2 Frs.
Esôfago,Hiato,Estômago e Duodeno	Bário	2 Frs.
Clister opaco	Bário	4 Frs.
Duodenografia Hipotônica	Bário	2 Frs.
Intestino delgado duplo contraste	Bário	3 Frs.
Seriografia gastroduodenal	Bário	2 Frs.

APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Urografia venosa	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia venosa	Iodado (não iônico)	40/50 ml
Pielografia ascendente	Iodado (iônico)	40/60 ml
Uretrocistografia	Iodado (iônico)	50/60 ml
Urografia venosa minutada	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia venosa minutada	Iodado (não iônico)	40/50 ml
Urografia com nefrotomografia	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia com nefrotomografia	Iodado (não iônico)	40/50 ml

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Em todos os procedimentos usa-se com igual volume iodado iônico injetável;

Nos estudos do abdome superior e pelve cabe a cobrança de contraste oral: bário especial ou 1 frasco de iodado de 50 ml diluído em água ou soro.

PROCEDIMENTO	PRDUTO/TIPO	QUANTIDADE
Tomografia comp. Abdome sup.	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Abdome sup.	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Articulações	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Coluna (s/ mielo)	Iodados	100ml
Tomografia comp. Coluna (Seg.adic)	Iodados	100ml
Tomomielografia	Iodados	100 ml
Tomomielografia + intratecal	Não-iônicos-350	20 ml
TC crânio, cela, orbital	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Dinâmica	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Face- S.F.-T.M.	Iodados	100 ml
TC Mastóides – ouvidos	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Pescoço	Iodados	100 ml
TC segmento apêndice	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Tórax (não vasos)	Iodados	100 ml
TC Tórax (vasos e mediastino)	Iodados	150 ml

- Angiografias (espiral) cerebral, cervical, torácica, abdominal, pélvica, extremidade – iodado não iônico= 150 ml.
- Angio-tomografia aorta e membros inferiores – iodado não iônico= 250 ml.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CONTRASTES
Contrastes a base de bário
Bariogel
Contrastes a base de iodo, iônico
Conray
Lipiodol
Pielograf 76%
Reliev 60%
Telebrix 35
Contrastes a base de iodo, não iônico
Iopamidol 300 e 370
Omnipaque 300
Optiray 350 e 320
Ultravist 370
Visipaque
Contrastes a base de gadolínio
Dotarem
Gadovist
Optimark
Primovist
Magnevistan

Todos os códigos – Uso de contrastes em situações específicas. Volume em todos os exames é de 15 (quinze) ml.

CAPÍTULO V – Classificação dos curativos para pagamento de taxas

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

CURATIVOS ESPECIAIS:

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

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