



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE NATAL
(H MIL NATAL/1941)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023
ANEXO H-I – REFERENCIAL DE VALORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PROCESSO ADMINISTRATIVO (NUP) Nº 64592.009846/2023-70

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	2
2. ATENDIMENTO MÉDICO: TABELAS, ÍNDICES E VALORES	3
2.1 Consulta Médica – Valores, Prazo de Validade e Reconsulta	3
2.2 Tabela de Consultas, Visitas e Pareceres Médicos	4
2.3 Particularidades por Especialidade	4
2.4 Serviço de Anestesia	6
2.5 Exames Complementares	6
2.6 Hemocomponentes	7
2.7 Medicamentos, Radiofármacos, Materiais e Dietas Enterais	7
2.8 Filme Radiológico	8
2.9 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	8
2.10 Serviços Odontológicos	9
3. TERAPIAS EM GERAL	10
3.1 Fisioterapia	10
3.2 Fonoaudiologia	11
3.3 Psicologia	11
3.4 Nutrição	11
3.5 Terapia Ocupacional	11
3.6 Acupuntura	12
3.7 Neuropsicologia	12
4. DIÁRIAS E TAXAS	12
4.1 Diárias	12
4.2 Definições	13
4.3 Acomodações	13
4.4 Composição das Diárias	14
4.5 Taxas de Sala	16
4.6 Outras Taxas de Serviços	20
4.7 Gasoterapia	20
4.8 Taxas de Utilização de Equipamentos	21
4.9 Notas Complementares	21
4.10 Materiais Descartáveis Não Cobertos	22
5. NUTRIÇÃO PARENTERAL	23
5.1 Preparo e Fornecimento	23
6. PACOTES	23
6.1 Pacotes de Exames e Imagem	24
6.2 Pacotes Específicos	25
7. SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR	25
8. PRAZOS E RECURSOS	26
ANEXO A – TABELAS DE VALORES	27



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE NATAL
(H MIL NATAL/1941)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023
ANEXO H-I – REFERENCIAL DE VALORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PROCESSO ADMINISTRATIVO (NUP) Nº 64592.009846/2023-70

1 APRESENTAÇÃO

Este documento integra o Processo Administrativo nº 64592.009.846/2023-70 e tem como finalidade discriminar as tabelas, índices, valores e conceituações dos Serviços Médico-Hospitalares, Terapias e Exames Complementares, no âmbito do credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), tendo como entidade credenciadora o Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) do Hospital de Guarnição de Natal (HGuN). Este documento foi elaborado em conformidade com a Lei nº 14.133, de 2021 (Nova Lei de Licitações e Contratos), com a Portaria nº 186-DGP, de 16 de agosto de 2019, com a Portaria DGP nº 508, de 12 de novembro de 2024, e com o Caderno de Credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), da Diretoria de Saúde do Exército (DSAU), publicado em novembro de 2024.

No contexto do Sistema de Saúde do Exército (SSEx), a execução de serviços de saúde por organizações civis de saúde (OCS) ou profissionais de saúde autônomos (PSA) credenciados depende da autorização formal por meio da Guia de Encaminhamento (GE). Este documento é emitido pelas Unidades Gestoras do Fundo de Saúde do Exército (UG/FuSEx) e constitui a autorização oficial para o atendimento médico-hospitalar de beneficiários do SSEx. A GE assegura a regularidade do atendimento, serve como base para o faturamento dos serviços prestados e deve estar devidamente preenchida e assinada pelo beneficiário ou seu responsável legal, conforme normas vigentes.

Os serviços e respectivos valores poderão ser contratados na forma de pacotes, conforme previsto neste Referencial de Valores de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores descritos nos demais capítulos deste Referencial.

Os procedimentos classificados como “pacote” contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo materiais especiais, medicamentos, taxas e quaisquer outras despesas indispensáveis à execução do serviço principal do pacote, conforme descrito em cada item. Os honorários médicos, em regra, não estão inclusos nos pacotes, salvo nas exceções devidamente especificadas. Para todos os serviços acordados, é obrigatória, para fins de faturamento, a apresentação da Guia de Encaminhamento emitida pelo FuSEx, acompanhada do pedido médico emitido por profissional do HGuN. Quando o pedido for emitido por profissional externo ao quadro do Exército, este deverá ser homologado pela Seção de Triagem ou pela Seção de Auditoria Médica do HGuN.

Para solicitações de exames de apoio diagnóstico, é obrigatória a indicação clínica do exame na requisição médica. Em todos os casos a Guia de Encaminhamento (GE) emitida pelo FuSEx, deverá conter a assinatura do beneficiário ou de seu responsável legal.

Em situações de urgência ou emergência, o paciente será encaminhado, após regulação, para a Organização Civil de Saúde (OCS) de destino, mediante Guia de Encaminhamento para consulta em Pronto-Socorro.

Caso a internação seja necessária, a OCS deverá comunicar formalmente ao HGuN, por meio do e-mail auditoriahgun@gmail.com, no prazo máximo de 48 horas a contar do atendimento. A comunicação deverá estar acompanhada da cópia do boletim de atendimento médico, bem como da solicitação de internação devidamente justificada, incluindo plano terapêutico com estimativa de dias de internação, previsão de uso de antibióticos e descrição do tratamento proposto, tudo em anexo.

Na indisponibilidade do sistema de emissão da guia, o HGuN poderá emitir Guia de Encaminhamento Provisória, de preenchimento manual, devidamente assinada pelo profissional responsável. Esta GE provisória será considerada válida para fins de compromisso de pagamento, desde que seja substituída pela GE definitiva na primeira oportunidade em dia útil, junto à Seção FuSEx do HGuN.

A responsabilidade pela substituição da guia provisória é da OCS/PSA credenciada, devendo esta encaminhar a guia definitiva juntamente com a produção faturada, sempre acompanhada da guia provisória original contendo a assinatura do beneficiário ou de seu responsável.

As Guias de Encaminhamento deverão ser entregues rigorosamente nos dias e horários estabelecidos no cronograma definido pela Seção de Contas Médicas do HGuN.

As OCS/PSA credenciadas deverão observar atentamente a **data de validade das guias**, providenciar todos os **documentos comprobatórios dos serviços prestados** e preencher corretamente os **anexos de solicitação de terapias, procedimentos e quimioterapia**, conforme modelo em anexo. Essas medidas têm como objetivo subsidiar os processos de **auditoria e pagamento**, respeitando os **prazos e recursos definidos neste edital**.

2. ATENDIMENTO MÉDICO: TABELAS, ÍNDICES E VALORES

Os procedimentos médicos, em geral, deverão ser cobrados com base na Tabela de Honorários da Classificação **Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)**, edição de outubro de 2014, respeitadas as normas deste Referencial. **Não será adotada a Unidade de Custo Operacional (UCO)** como critério de pagamento, ainda que mencionada na referida tabela. Os valores serão apurados diretamente conforme os pontos da CBHPM e o referencial acordado, desconsiderando a aplicação da UCO.

De modo geral, serão observadas as instruções normativas da CBHPM quanto à majoração de honorários em função do tipo de acomodação do beneficiário, exceto nas situações explicitamente tratadas neste documento.

Caso a Organização Civil de Saúde (OCS) ou o Profissional de Saúde Autônomo (PSA) não disponha de acomodação compatível com a categoria prevista para o beneficiário, será obrigatoriamente oferecida a acomodação disponível, ainda que de categoria superior, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Nessa situação, não será permitida a cobrança de diferença de valores a título de upgrade de acomodação.

2.1 Consulta Médica – Valores, Prazo de Validade e Reconsulta

A consulta médica compreende os seguintes atos: anamnese, exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizando-se como um ato médico completo, ainda que não concluído em um único momento ou tempo.

Caso haja necessidade de exames complementares que não possam ser realizados e avaliados no mesmo período, o ato médico será considerado contínuo, sendo finalizado no retorno do paciente com os exames solicitados. Nessa hipótese, não será considerada uma nova consulta, desde que o retorno ocorra dentro do prazo de até 30 (trinta) dias da consulta inicial.

Entretanto, se no retorno houver alteração do quadro clínico, como surgimento de novos sinais e sintomas que exijam nova anamnese, exame físico completo, conclusão diagnóstica, prognóstico e/ou nova prescrição terapêutica, o atendimento será caracterizado como nova consulta, sendo, portanto, passível de nova cobrança.

Nos casos de tratamentos prolongados, nos quais haja necessidade de reavaliações periódicas e possíveis ajustes terapêuticos, as respectivas consultas poderão ser devidamente cobradas, observando-se os critérios estabelecidos neste Referencial.

2.2 Tabela de Consultas, Visitas e Pareceres Médicos

Os valores relativos às consultas médicas, visitas hospitalares e pareceres técnicos deverão obedecer à tabela constante no ANEXO A deste Referencial de Valores.

2.3 Particularidades:

Visita hospitalar:

Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, correspondendo a uma visita hospitalar diária, desde que devidamente registrada no prontuário do paciente. Caso haja necessidade de parecer técnico de profissional de outra especialidade, a solicitação deverá ser feita pelo médico assistente, com devida justificativa registrada no prontuário. A realização do parecer estará condicionada à autorização prévia da equipe de Auditoria Médica, exceto em situações de urgência ou emergência devidamente comprovadas.

Ginecologia

A consulta ginecológica compreende, obrigatoriamente, os seguintes procedimentos:

- Anamnese clínica detalhada;
- Exame clínico das mamas;
- Toque vaginal para avaliação de útero e anexos;
- Inspeção direta do colo uterino por meio de espéculo vaginal.

Oftalmologia

A consulta oftalmológica inclui os seguintes atos clínicos mínimos:

- Anamnese;
- Refração;
- Inspeção e exame das pupilas;
- Avaliação da acuidade visual;
- Retinoscopia e ceratometria;
- Fundoscopia;

- Biomicroscopia do segmento anterior;
- Exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

Exames complementares realizados no mesmo atendimento poderão ser cobrados desde que acompanhados de laudo médico e observadas as exigências deste Referencial, incluindo autorização prévia, quando aplicável.

Psiquiatria

A assistência psiquiátrica poderá ser prestada em regime ambulatorial ou hospitalar, conforme as diretrizes a seguir:

Regime Ambulatorial:

O beneficiário tem direito a uma consulta psiquiátrica a cada quinze dias.

As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a duas sessões semanais por beneficiário.

Regime Hospitalar:

A internação psiquiátrica requer autorização prévia da Auditoria Médica, mediante apresentação de solicitação formal contendo o diagnóstico, o período proposto de internação e a identificação do estabelecimento hospitalar.

Para pacientes crônicos, estão autorizadas até três visitas médicas semanais.

Para pacientes graves ou em fase aguda, é permitida uma visita médica por dia, durante o período de internação.

Imagem no Apoio ao Diagnóstico

Os exames de imagem incluindo radiografias, ultrassonografias, tomografias e ressonâncias magnéticas – serão remunerados por procedimento, e não por número de incidências.

Nos casos em que houver necessidade de incidências adicionais, será obrigatória a apresentação de justificativa técnica, anexada à fatura correspondente.

A quantidade de contraste radiológico utilizada será remunerada conforme os limites estabelecidos na tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR).

Em exames cujo uso de contraste não é previsto como parte do procedimento padrão, este só será remunerado se:

- Prescrito na requisição médica, ou
- Justificado tecnicamente pelo executor, após a realização do exame.

Os exames de imagem, em geral, serão remunerados por meio de pacotes, conforme os parâmetros definidos neste Referencial e no ANEXO A.

Hemodinâmica

Os honorários médicos referentes aos procedimentos de Hemodinâmica serão remunerados com base na **CBHPM 2016**, aplicando-se os seguintes acréscimos e ajustes:

- O **porte** será multiplicado por **2 (dois)**, **independentemente do tipo de acomodação**;
- Para **cateterismo cardíaco** e **angioplastia coronariana**, será aplicado um acréscimo de **45%** e **75%**, respectivamente, sobre os valores da CBHPM 2016;

- Para os **demais procedimentos da Tabela de Hemodinâmica**, será aplicado um acréscimo de **45%** sobre os valores da CBHPM 2016.
- Com majoração **+ 8% sobre valores**, conforme tabela em ANEXO A.

Cirurgia Torácica

Os honorários médicos referentes à especialidade de Cirurgia Torácica serão pagos com base na CBHPM 2018.

- Para todos os beneficiários cuja indicação cirúrgica implique internação hospitalar, o valor CBHPM será multiplicado por 2(dois), independentemente da categoria de acomodação a que o beneficiário tenha direito.
- Quando utilizado recurso de videotoracoscopia, a taxa de vídeo será remunerada conforme os critérios e valores estabelecidos no ANEXO A.

Urologia

Os honorários médicos referentes aos procedimentos da especialidade Urologia – Cirurgia serão pagos com base na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), edição de 2014, com acréscimo de 9% sobre o valor total calculado.

Nos casos de procedimentos videoassistidos, será acrescido o valor correspondente à Taxa de Vídeo, fixada em 1,5 (uma vez e meia) o valor do procedimento principal, conforme os critérios e valores estabelecidos no ANEXO A, deste Referencial de Valores.

2.4 Serviço de Anestesia

Os procedimentos anestésicos serão remunerados com base no Porte Anestésico, conforme classificação da CBHPM 2018, acrescida de 4,5%.

Para os cálculos dos honorários, deverão ser observadas as seguintes normas:

a) Procedimentos Múltiplos ou Simultâneos:

Nos casos de realização de dois ou mais procedimentos no mesmo ato anestésico:

- **O procedimento de maior porte** será remunerado **integralmente (100%)**;
- **2º procedimento:** remunerado com 50% do valor;
- **3º procedimento em diante:** remunerado com 25% do valor.

b) Acréscimos etários – Crianças e Idosos:

Em conformidade com as normas da CBHPM, os seguintes acréscimos serão aplicados aos honorários anestésicos:

- Crianças até 12 anos incompletos e Pacientes com 65 anos ou mais: acréscimo de 30%.

2.5 Exames complementares

Os Exames Laboratoriais, Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia (SADT), de forma geral, serão remunerados conforme os valores estabelecidos na Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), 5ª edição plena, conforme Comunicado Oficial de 01 de outubro de 2008, com UCO fixada em R\$ 12,50. Para os exames de Anatomopatologia e Microbiologia, serão aplicados os valores específicos descritos no ANEXO A deste Referencial de Valores, em substituição à tabela padrão da CBHPM.

2.6 Hemocomponentes

A utilização de **hemocomponentes** será remunerada conforme a **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 3ª edição plena** (Comunicado Oficial de 01 de agosto de 2003), com **acréscimo de 7,54% sobre o valor total calculado**.

Os hemocomponentes devem ser fornecidos por serviços de hemoterapia devidamente habilitados e regularizados perante a vigilância sanitária e demais órgãos de controle. A cobrança somente será considerada válida mediante apresentação da documentação completa, incluindo:

- Ficha de transfusão ou comprovante do ato transfusional;
- Relatório clínico com a justificativa médica e indicação do hemocomponente;
- Laudo do hemocentro ou banco de sangue fornecedor;
- Quantidade de bolsas utilizadas e tipo de hemocomponente;
- Tipagem sanguínea, provas cruzadas e demais exames realizados.

2.7 Medicamentos, Radiofármacos, Materiais Descartáveis e Dietas Enterais

Medicamentos e radiofármacos (exceto antineoplásicos):

O pagamento será realizado com base no guia BRASÍNDICE ou no SIMPRO, prevalecendo o menor custo entre os dois, correspondente ao período da prestação do serviço. O valor será calculado conforme o Preço de Fábrica (PF), considerando o valor referente ao ICMS do Estado do Rio Grande do Norte.

De modo geral, será pago o medicamento genérico com o menor preço, conforme tabela do BRASÍNDICE. Sobre o preço de fábrica apurado nos guias mencionados, incidirá a taxa de comercialização destinada aos estabelecimentos de saúde, conforme especificado no ANEXO A deste Referencial.

Medicamentos antineoplásicos e Imunoterápicos

Os pagamentos serão realizados com base no guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, prevalecendo o menor custo entre os dois, correspondente ao período da prestação do serviço. O valor será calculado conforme o Preço Fabricante (PF), considerando a coluna referente ao ICMS do Estado do Rio Grande do Norte. Sempre será observada a relação de medicamentos com isenção de ICMS constante nas edições do BRASÍNDICE e SIMPRO.

O medicamento genérico, autorizado e administrado, será pago por dose fracionada, adotando o menor valor entre as tabelas BRASÍNDICE ou SIMPRO. Sobre o preço de fábrica apurado nos guias mencionados incidirá a taxa de comercialização especificada na tabela de valores discriminada no ANEXO A deste Referencial.

As solicitações médicas deverão ser emitidas em formulário próprio destinado aos pedidos de quimioterapia e radioterapia.

Materiais descartáveis e Medicamentos de alto custo

Os materiais descartáveis serão pagos com base nos valores constantes na revista SIMPRO, considerando o menor valor de referência disponível no período da prestação do serviço. A remuneração será calculada sobre o Preço de Fábrica (PF),

conforme a coluna relativa ao ICMS do Estado do Rio Grande do Norte, com o acréscimo da margem de comercialização especificada no ANEXO A deste Referencial de Valores.

No caso de medicamentos para pacientes internados em OCS será considerado medicamento de alto custo unitário definidos como aqueles com valor superior a R\$ 500,00 (quinhentos reais) será obrigatória a autorização prévia do Auditor FuSEx. **Esses itens deverão ser apresentados ao auditor concorrente no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data da solicitação.** O descumprimento desse prazo implicará em glosa automática do valor correspondente, por perda de validade da autorização.

Dietas Enterais

As dietas enterais serão remuneradas com base nos valores constantes no ANEXO A deste referencial. Para fins de análise e autorização, deverá ser considerada a tabela própria de dietas para Hospitais Tipo I e II, como parâmetro técnico e financeiro de referência.

2.8 Filme Radiológico

A utilização de filme radiológico será remunerada conforme os valores recomendados pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), fixados em R\$ 23,37 (vinte e três reais e trinta e sete centavos) por metro quadrado (m²).

A cobrança será permitida somente para exames não contemplados em pacotes. Nos casos em que o exame estiver incluído em pacote previamente definido, não será autorizada a cobrança separada do filme.

2.9 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), atualmente discriminados DMI (dispositivos médicos implantáveis) e Materiais especiais

Aquisição:

A aquisição de OPME poderá ser realizada por meio das Organizações Civas de Saúde (OCS) conveniadas ou contratadas, respeitando os limites definidos em convênio ou credenciamento. Também será permitida, quando necessário, a aquisição por meio de estabelecimento comercial não credenciado que aceite pagamento por empenho.

A aquisição será condicionada ao fornecimento de três orçamentos de fornecedores diferentes, contendo:

- Descritivo do material;
- Códigos de registro na ANVISA e SIMPRO;
- Logomarca, endereço e telefone da empresa fornecedora.

Esses orçamentos serão submetidos à auditoria prévia e, após autorização, o pagamento será realizado conforme:

- Nota fiscal e comprovação de uso;
- Margem de comercialização definida no ANEXO A, ou
- Valor pré-fixado abaixo da revista SIMPRO, conforme tabela em anexo.

Nos casos em que a adaptação ou implantação cirúrgica de órtese ou prótese ocorra em OCS ou PSA conveniado ou contratado, a aquisição do material poderá seguir o que estiver estabelecido no contrato ou convênio, conforme ANEXO A.

Faturamento:

Para a comprovação do uso de OPME, deverão ser apresentados na fatura:

- Descritivo da cirurgia com lista dos materiais utilizados, com carimbo e assinatura do médico assistente;
- Invólucros originais com código de barras (para rastreamento);
- Para materiais apresentados em caixas (ex: ortopedia): invólucro da caixa e película radiológica ou imagem digitalizada;
- Para procedimentos de radiologia intervencionista e hemodinâmica: CD com gravação do procedimento, se solicitado;
- Nota fiscal nominal ao paciente, com códigos ANVISA e SIMPRO idênticos aos do orçamento e invólucros;
- Itens pré-fixados em tabela: dispensada a NF individual ao paciente; os itens constarão na fatura analítica do prestador;

Regras adicionais:

- Materiais Especiais são aqueles com valor unitário igual ou superior a R\$ 500,00.
- Troca de material previamente autorizado não será permitida durante o procedimento, salvo em intercorrência médica imprevista, devidamente justificada;
- Para material extra não autorizado previamente, deve-se apresentar laudo médico detalhado, cópia do boletim de sala e descrição cirúrgica;
- O auditor do credenciante poderá acompanhar o procedimento in loco;
- Caso o HGuN possua Ata de Registro de Preços (ARP) vigente para o item, será obrigatória a sua utilização, sendo vedada a cobrança do item pelo credenciado. Nesse caso, o credenciado poderá cobrar taxa de manuseio de 5% sobre o valor da ARP. **Exceto em casos de urgência ou emergência em que não haja tempo viável para realizar o processo de cotação e disponibilidade de itens no HGuN.**

2.10 - Serviços Odontológicos

Os procedimentos odontológicos autorizados pelo Sistema de Saúde do Exército terão como referência de pagamento a Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos (VRPO) de 2014, elaborada pela Associação Brasileira de Odontologia (Seção Distrito Federal – Regional Taguatinga), IPCA 2025 (projeção do mercado - Relatório Focus – junho/2025): Cerca de 5,46% acumulado no ano. Os serviços previstos estarão sujeitos a determinadas reduções.

DESCRIÇÃO	REDUÇÃO
Prevenção	10%
Odontopediatria	10%
Dentística	10%
Periodontia	10%
Endodontia	10%
Cirurgia	20%

Prótese	10%
---------	-----

Procedimentos de Prótese Dentária: Em conformidade com a legislação vigente, o Sistema de Saúde do Exército não realiza cobertura ou financiamento de próteses odontológicas. A responsabilidade pelo pagamento desses procedimentos é integralmente do beneficiário, que deverá acertar os custos diretamente com o prestador de serviços.

3. TERAPIAS EM GERAL

3.1 Fisioterapia

Para os serviços de fisioterapia, serão considerados os itens e valores constantes na tabela de discriminação de valores apresentada no ANEXO A deste referencial.

Caberá ao médico especialista definir o diagnóstico com CID, prescrever o tipo de reabilitação, justificar a necessidade, definir o número de sessões e a duração do tratamento, por meio de laudos e avaliações semestrais, com a finalidade de comprovar a necessidade e a continuidade, ou não, do atendimento.

A solicitação do médico especialista deverá ser analisada e homologada pela Comissão de Ética da OMS ou profissional médico designado.

A fisioterapia prestada a pacientes internados está limitada a uma sessão de fisioterapia motora e uma sessão de fisioterapia respiratória por dia, podendo ser estendida a duas sessões diárias para pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou com indicação médica devidamente justificada.

Para os atendimentos ambulatoriais, a CREDENCIANTE autorizará os seguintes limites máximos de sessões por área, dentro do período de 30 (trinta) dias:

- Psicomotricidade, Fonoaudiologia, Equiterapia e Terapia Ocupacional: até 10 (dez) sessões por área;
- Fisioterapia: até 10 (dez) sessões por área;
- Psicologia e Psicopedagogia: até 5 (cinco) sessões.

É imprescindível a assinatura do beneficiário ou responsável a cada sessão realizada — ambulatorial, hospitalar ou domiciliar — devendo constar o registro na Ficha de Controle e Auditoria das Sessões de Terapia preenchido e sem rasuras conforme modelo em Anexo. O pagamento da fatura estará condicionado à comprovação da realização da sessão. No caso de atendimentos hospitalares, em que o faturamento é feito diretamente pelo hospital, a análise ocorrerá na conta hospitalar.

Para a terapia ABA (Análise do Comportamento Aplicada), deverão ser considerados a composição e os valores descritos no ANEXO A. Será obrigatória a identificação do Supervisor Clínico Responsável, além do Analista Comportamental (AC), sempre que houver cobrança por esse profissional. Na solicitação da Terapia ABA deve constar a prescrição da carga horária semanal que seja compatível com o nível de necessidade do paciente.

Deverá constar o registro da carga horária semanal, com a assinatura do responsável na folha de registros, ao lado de cada atendimento realizado. A identificação dos profissionais deve estar presente na folha de registro, mediante assinatura e carimbo com número de registro no respectivo conselho de classe.

O Acompanhante Terapêutico (AT), nos atendimentos semanais por hora, incluindo sessões em clínica, residência e escola, deverá assinar a folha de registro de atendimentos. É imprescindível a assinatura do responsável na folha, ao lado de cada atendimento, com a respectiva data e o número de horas realizadas.

Toda essa documentação deve ser encaminhada juntamente com a fatura, para fins de comprovação dos atendimentos prestados. Para facilitar o registro e controle das atividades será disponibilizado uma ficha modelo.

3.2 Fonoaudiologia

Para os serviços na área de Fonoaudiologia serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

Será autorizado pela credenciante até 10 (dez) sessões mensais por paciente, realizadas com frequência de duas vez por semana.

É imprescindível a assinatura do beneficiário ou responsável a cada sessão realizada — seja ambulatorial, hospitalar ou domiciliar — devendo constar o registro na Ficha de Controle e Auditoria das Sessões de Terapia preenchido e sem rasuras conforme modelo em Anexo. O pagamento da fatura estará condicionado à comprovação da realização das sessões.

No caso de atendimentos hospitalares, cujo faturamento será efetuado diretamente pelo hospital, a análise será realizada na conta hospitalar.

3.3 Psicologia

Para os serviços na área de Psicologia, serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

É imprescindível a assinatura do beneficiário ou responsável a cada sessão realizada, seja em ambiente ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, devendo constar o registro na Ficha de Controle e Auditoria das Sessões de Terapia preenchido e sem rasuras conforme modelo em Anexo. O pagamento da fatura estará condicionado à comprovação da realização das sessões. No caso de atendimentos hospitalares cujo faturamento seja efetuado diretamente pelo hospital, a análise ocorrerá na conta hospitalar.

Será autorizado até 05 (cinco) sessões mensais por paciente, mediante justificativa médica ou de equipe multidisciplinar.

3.4 Nutrição

Para os serviços na área de Nutrição, serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

A assistência nutricional será prestada com o objetivo de acompanhamento dietoterápico, estando limitada a 01 (uma) consulta a cada 30 (trinta) dias por paciente.

3.5 Terapia Ocupacional

Para os serviços na área de Terapia Ocupacional, serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

Será autorizado pela credenciante até 10 (dez) sessões mensais por paciente, realizadas com frequência de duas vez por semana.

É imprescindível a assinatura do beneficiário ou responsável a cada sessão realizada, seja ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, devendo constar o registro na Ficha de Controle e Auditoria das Sessões de Terapia preenchido e sem rasuras conforme modelo em Anexo. O pagamento da fatura estará condicionado à comprovação da realização da sessão.

No caso de atendimentos hospitalares cujo faturamento seja efetuado diretamente pelo hospital, a análise será realizada na conta hospitalar.

3.6 Acupuntura

Serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

É imprescindível a assinatura do beneficiário ou responsável a cada sessão realizada, devendo constar no verso da Guia de Encaminhamento. O pagamento da fatura estará condicionado à comprovação da realização da sessão.

A autorização será concedida preferencialmente para tratamento da dor. Outras indicações serão analisadas com base em evidências científicas que comprovem sua efetividade.

Não serão contemplados tratamentos com acupuntura para: tabagismo, obesidade, insônia, estresse, tensão pré-menstrual, menopausa e depressão.

3.7 Neuropsicologia

Serão considerados os itens e valor constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

4 DIÁRIAS E TAXAS

4.1 Diárias

As diárias hospitalares serão remuneradas conforme a classificação do prestador, com base nos itens e valores descritos no ANEXO A deste Referencial de Valores.

Os hospitais terão seus valores de diárias e taxas organizados em Grupos, de acordo com o padrão de instalações, hotelaria e nível de complexidade assistencial. A classificação seguirá os critérios estabelecidos no Instrumento para Classificação Hospitalar, constante do Anexo III do Caderno de Orientações para Credenciamento de OCS e PSA, aprovado pela Diretoria de Saúde do Exército.

A categorização será definida da seguinte forma:

- **Hospitais do Grupo I:** estabelecimentos de alto padrão de infraestrutura e hotelaria, que além de atenderem às exigências dos hospitais do Grupo II, oferecem tratamentos de alta complexidade, tanto em caráter eletivo quanto de urgência/emergência, abrangendo especialidades como neurocirurgia, hemodinâmica, cirurgia cardíaca e transplantes de órgãos. Para fins de padronização com o Caderno de Orientação de Credenciamento da Diretoria de Saúde (DSAU) esse grupo equivale ao grupo com maior pontuação.
- **Hospitais do Grupo II:** estabelecimentos de saúde que oferecem atendimento nas áreas clínicas e cirúrgicas, em caráter eletivo e de urgência/emergência. Podem incluir procedimentos de cirurgia cardíaca e hemodinâmica, desde que realizados de forma eletiva. Para fins de padronização com o Caderno de

Orientação de Credenciamento da Diretoria de Saúde (DSAU) esse grupo equivale ao grupo com pontuação intermediárias.

- **Clínicas:** estabelecimentos de saúde que oferecem serviços nas áreas clínicas e cirúrgicas em caráter eletivo e de urgência/emergência, porém sem internação. São consideradas unidades de atendimento ambulatorial.
- **Hospitais Psiquiátricos:** instituições com atendimento exclusivo na especialidade psiquiátrica, tanto em regime ambulatorial quanto de internação.
- **Hospitais Gerais, Pediátricos e Maternidades com Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** para procedimentos referentes às áreas de ginecologia, obstetrícia e pediatria, serão considerados os pacotes específicos descritos adiante. Para os demais casos não contemplados em pacotes, será aplicada a composição e valoração correspondente à classificação de Hospital Tipo I.
- **Hospital de Atendimento Médico de Urgência Adulto e Pediátrico com Internação Clínica Pediátrica .** Não Possui Maternidade nem Unidade De Terapia Intensiva (para procedimentos referentes à pediatria , considerar os pacotes abaixo. para os demais, não especificados em pacotes, considerar a composição e valoração da classificação Hospital Tipo II).

4.2 Definições

a) Diária Hospitalar: Considera-se diária hospitalar a permanência do paciente por um período igual ou superior a 12 horas em organização hospitalar, com ocupação de leito. A contagem da diária inicia-se às 00h do dia da internação. Para fins de faturamento, será paga a diária da admissão, excetuando-se a da alta, salvo em casos de óbito, em que também será considerada.

b) Day Clinic ou Day Hospital: Caracteriza-se por períodos inferiores a 12 horas, em ambiente hospitalar, superiores ao tempo de observação, com permanência justificada clinicamente. Nestes casos, poderá ser autorizada meia diária, desde que a indicação esteja devidamente fundamentada pelo profissional assistente. Trata-se de modelo aplicável a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que não exigem internação integral.

c) Isolamento Hospitalar: Configura-se como a ocupação de quarto privativo por paciente que possua cobertura para enfermagem, mediante indicação médica precisa devido a infecção por germes multirresistentes ou outras condições que representem risco de contágio. A cobrança do isolamento está condicionada à autorização prévia da auditoria médica. A acomodação em padrão superior, por conveniência do prestador, da família ou por ausência de leitos compatíveis, não será de responsabilidade do FuSEx, salvo nos termos do art. 60 das IR, que obriga a OCS a oferecer acomodação superior sem ônus para o beneficiário, quando não houver vaga no padrão devido

d) Despesas com Acompanhante: As despesas com alimentação do acompanhante estão inclusas no pacote da diária hospitalar quando previstas em contrato ou no ANEXO A deste Referencial. Serão indenizadas diárias de acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos e idosos a partir de 60 anos, conforme prevê o art. 61 das IR. Para pacientes fora dessas faixas etárias, a diária de acompanhante somente será autorizada mediante indicação médica expressa

4.3 Acomodações

a) Apartamento com Ar-condicionado: unidade individual composta por quarto climatizado, banheiro privativo, mobiliário adequado para acomodação do acompanhante (como sofá-cama e poltrona). Nas instituições com maternidade, deve conter berço exclusivo no mesmo aposento da mãe para o recém-nascido.

b) Berçário: ambiente coletivo destinado a recém-nascidos, independentemente da internação da mãe, equipado com berços padronizados e monitoramento adequado.

c) Enfermaria: quarto coletivo com capacidade para dois ou mais pacientes, com banheiro compartilhado e cadeira para acompanhantes. Quando necessário, deve dispor de estrutura para acomodação de recém-nascidos.

d) Isolamento em Enfermaria: unidade composta por quarto individual e banheiro privativo, dotado de equipamentos específicos para isolamento protetor, conforme critérios clínicos e epidemiológicos.

e) Unidade de Terapia Intensiva (UTI): espaço destinado ao tratamento intensivo, com infraestrutura para assistência multiprofissional contínua, presença médica permanente e suporte tecnológico adequado.

f) Alojamento Conjunto: modalidade de internação que permite a permanência do recém-nascido no mesmo aposento da mãe, favorecendo o vínculo e a amamentação.

4.4 Composições das diárias

4.4. 1 Diárias Globais

As diárias globais aplicam-se às internações clínicas ou cirúrgicas realizadas em apartamento, enfermaria, berçário normal e em hospital dia, sendo contratadas, preferencialmente, sob o formato de pacote fechado, conforme especificado no ANEXO A do Referencial de Valores.

O valor da diária global compreende os seguintes itens e serviços:

- **Instalações físicas:** quarto, banheiro e áreas de apoio;
- **Leito:** cama hospitalar ou berço, incluindo leito para acompanhante (quando previsto);
- **Rouparia:** fornecimento e troca de roupas de cama e banho; campos cirúrgicos (permanentes ou descartáveis); compressas;
- **Serviços de enfermagem:** assistência contínua, incluindo todos os procedimentos técnicos inerentes ao cuidado do paciente;
- **Higienização:** cuidados com a higiene pessoal do paciente e desinfecção dos ambientes hospitalares;
- **Preparo para procedimentos:** como tricotomia, enteróclise, lavagem gástrica, venóclise, cateterismos, entre outros;
- **Lavagem e esterilização:** de instrumentais cirúrgicos e ambientes operacionais;
- **Dieta hospitalar:** conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais e enterais);
- **Assepsia e antissepsia:** de equipe e paciente, com fornecimento de materiais e antissépticos;
- **Equipamentos auxiliares:** escadas, suportes de soro, cadeiras de banho, entre outros;
- **Orientação nutricional:** durante a internação e no momento da alta;
- **Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):** fornecimento de gorros, máscaras, aventais, luvas e demais itens de biossegurança utilizados pela equipe no atendimento ao paciente;

- **Taxas administrativas:** incluindo as despesas operacionais de gestão hospitalar;
- **Taxa de Registro de Internação:** custo referente ao cadastro, abertura e controle do prontuário clínico do paciente;
- **Taxa de Necrotério:** quando aplicável, compreendendo os serviços básicos de conservação e disponibilização do corpo;
- **Transporte interno de equipamentos:** como aparelhos de raio-X, eletrocardiógrafos, ultrassons, entre outros;
- **Atendimento médico de plantão:** para intercorrências clínicas;
- **Alimentação do paciente:** inclusive após observação em pronto-socorro (a partir de 6 horas);
- **Alimentação do acompanhante,** quando aplicável;
- **Materiais hospitalares e medicamentos** de uso contínuo durante a internação;
- **Materiais Especiais e Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI),** conforme contrato;
- **Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)** vinculados ao tratamento em curso.

Observações Importantes

- Em caso de transferência do paciente para berçário ou unidade especializada (como UTI ou UTI neonatal), o leito anterior na unidade de internação deverá ser desocupado;
- Caso os responsáveis optem pela permanência no quarto desocupado, os custos decorrentes serão assumidos integralmente por eles, diretamente com o prestador de serviços.

4.4.2 Diárias Especiais:

As **diárias especiais** aplicam-se às internações em unidades que demandam infraestrutura assistencial diferenciada, como **berçários** e **unidades de terapia intensiva (UTI)**. A contratação será preferencialmente feita por meio de **pacotes assistenciais**, conforme descrito e valorado no ANEXO A deste Referencial de Valores.

4.4.2.1 Berçário

A diária de berçário inclui:

- Todos os itens descritos no item **Diárias Globais (Normais)**;
- **Leito próprio**, adequado à condição clínica do recém-nascido (incubadora, berço aquecido ou berço convencional);
- **Orientação nutricional** durante o período de internação e no momento da alta hospitalar.

4.4.2.2 Unidade de Terapia Intensiva – UTI (Adulto e Pediátrica)

A diária de UTI compreende:

- Todos os itens especificados em **Diárias Globais (Normais)**, exceto a **alimentação do acompanhante**;
- **Leito próprio**, comum ou especial, conforme indicação médica;
- Equipamentos e infraestrutura mínima obrigatória, incluindo:
 - Desfibrilador/Cardioversor;
 - Bombas de infusão;
 - Oxímetro de pulso;
 - Aspirador a vácuo;
 - Monitor cardíaco;
 - Ventilador mecânico (respirador);
 - Monitor multifuncional e paramétrico;
 - Monitor de pressão venosa central;
 - Eletrocardiógrafo;
 - Bombas de alimentação enteral e parenteral;
 - Nebulizador;
 - Monitor de pressão arterial não invasiva.

4.4.2.3 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTI Neonatal

A diária da UTI Neonatal compreende:

- Todos os itens descritos no item **Diárias Globais (Normais)**;
- Todos os itens especificados no item **Berçário**;
- Todos os itens descritos no item **Unidade de Terapia Intensiva – UTI (Adulto e Pediátrica)**;
- **Terapia de fototerapia**, quando indicada clinicamente.

Observação: A contratação das diárias de UTI Neonatal será, preferencialmente, realizada por meio de **pacote assistencial**. O detalhamento técnico e a composição financeira estão disponíveis no ANEXO A deste Referencial de Valores.

Exclusões das Diárias Especiais: O valor das diárias especiais **não inclui**:

- Utilização de equipamentos e instrumentais cirúrgicos não incluídos na composição da diária;
- Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);
- Honorários médicos das equipes assistenciais e cirúrgicas;
- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT).

4.5 Taxas de Sala

As taxas de sala são detalhadas a seguir, com valores conforme especificado na tabela do ANEXO A. De modo geral, **não incluem**:

- Demais materiais de consumo (descartáveis ou não);
- Gases anestésicos e oxigênio;
- Equipamentos/aparelhos de uso eventual não listados;
- Honorários médicos;
- SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia).

4.5.1 Taxas de Salas (dentro do centro cirúrgico)

As taxas de sala serão remuneradas conforme a classificação do prestador, com itens e valores descritos na tabela do ANEXO A deste referencial de valores.

4.5.1.1 Taxa de Sala Cirúrgica e Obstétrica

A taxa é calculada com base no porte cirúrgico/obstétrico da tabela CBHPM, considerando o tempo de duração do procedimento registrado em sala pelo cirurgião e anestesiológico;

Acresce-se 15 minutos para preparo, limpeza e desinfecção da sala e Inclui:

- Serviços de enfermagem (administração de medicamentos, locomoção do paciente, controle de sinais vitais, entre outros);
- Rouparia completa (permanente ou descartável), campos cirúrgicos (exceto campos específicos que necessitam de auditoria prévia) e compressas cirúrgicas;
- Lavagem e esterilização de material;
- Todos os equipamentos e instrumentos necessários para a cirurgia;
- Equipamentos específicos: aspirador elétrico ou a vácuo, cardioversor/desfibrilador, capnógrafo, monitor multiparamétrico, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, bisturi elétrico, respirador, bombas de infusão e aparelho de anestesia;
- Taxa de instalação de oxigênio;
- Mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do recém-nascido (RN);
- Cuidados de higiene do RN;
- Assepsia e antisepsia da equipe e paciente, incluindo antissépticos e materiais;
- Instalações físicas da sala e ambientes de apoio;
- Instrumental cirúrgico adequado;
- Limpeza e esterilização do instrumental;
- Limpeza e desinfecção ambiental.

4.5.1.2 Taxa de Sala de Recuperação Pós-Anestésica

A taxa está incluída no valor da sala cirúrgica quando a recuperação pós anestésica durar até 4 horas após o término do procedimento

Será cobrada separadamente apenas se houver uma sala equipada e destinada especificamente para recuperação pós-anestésica, conforme a Portaria nº 400 do Ministério da Saúde, de 06/12/1977.

4.5.2 Taxa de Sala Ambulatorial (fora do centro cirúrgico)

As taxas de sala ambulatorial serão remuneradas conforme a classificação do prestador e os valores estão especificados no ANEXO A.

4.5.2.1 Sala de Pequenos Procedimentos

Destinada à realização de procedimentos cirúrgicos em ambiente ambulatorial.

- **Compreende:**
- Todos os itens descritos na **Sala de Observação**;
- Assepsia e antissepsia da equipe, incluindo materiais e antissépticos;
- Leito para observação;
- Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente.

4.5.2.2 Sala de Gesso

Destinada à confecção de imobilizações com gesso.

- **Compreende:**
- Todos os itens descritos na **Sala de Observação**;
- Serra para retirada de gesso.

4.5.2.3 Sala de Imobilização Não Gessada

Destinada à confecção de imobilizações com outros materiais que não sejam gesso.

- **Compreende:**
- Todos os itens descritos na **Sala de Observação**;
- Material necessário para a imobilização.

4.5.2.4 Sala de Observação

Destinada a pacientes que necessitem permanecer por até 6 horas sob cuidados ambulatoriais.

- **Compreende:**
- Instalações físicas (sala de atendimento e ambientes de apoio);
- Limpeza e desinfecção ambiental;
- Rouparia (permanente ou descartável);
- Serviços de enfermagem;
- Assepsia e antissepsia da equipe, incluindo materiais e antissépticos;
- Mesa principal e leito para observação;
- Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente.

4.5.2.5 Sala de Endoscopia / Colonoscopia

Destinada à realização de procedimentos de endoscopia digestiva e colonoscopia em ambiente ambulatorial.

- **Compreende:**
- Todos os itens descritos na **Sala de Observação**;
- Assepsia e antisepsia da equipe, incluindo materiais e antissépticos;
- Leito para observação;
- Equipamentos específicos necessários;
- Materiais de consumo (descartáveis ou não);
- Medicações específicas como pró-cinéticos, Xilocaína Spray, sedação com midazolam e/ou peptina.

4.5.2.6 Sala de Reanimação e Emergência

Ambiente destinado à assistência imediata a pacientes em risco iminente de vida ou com sofrimento intenso, com necessidade de técnicas complexas de suporte.

- **Compreende:**
- Instalação da sala;
- Serviços de enfermagem do procedimento;
- Equipamentos/instrumental cirúrgico;
- Equipamentos/instrumental de anestesia;
- Equipamentos de monitorização;
- Equipamentos/instrumental para ressuscitação, intubação e ventilação manual;
- Desfibrilador e cardioversor.

4.5.2.7 Sala de Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista

Destinada à realização de procedimentos invasivos como cateterismo cardíaco e exames de radiologia intervencionista.

- **Compreende:**
- Instalação da sala;
- Equipamentos específicos dos procedimentos;
- Serviços de enfermagem do procedimento;
- Desfibrilador;
- Equipamentos/instrumental cirúrgico e de anestesia;
- Equipamentos de monitorização.

4.5.2.8 Sala de Quimioterapia

Taxa aplicável apenas para pacientes em tratamento ambulatorial.

- **Compreende** (quando a taxa for aplicável):
- Sala de preparo do quimioterápico;

- Sessão de quimioterapia;
- Serviço de enfermagem;
- Materiais de desinfecção ambiental e cosméticos;
- Paramentação completa da equipe;
- Curativos pequenos e médios;
- Equipamentos de proteção individual (EPIs).
- **Importante:** Não é permitida a cobrança desta taxa para administração simples de medicamentos prontos para uso por via oral, subcutânea ou intramuscular. Nestes casos, deve-se aplicar a **taxa de administração de medicamentos**.

4.6 Outras Taxas de Serviços

4.6.1 Taxa de Aplicação de Medicamentos

Destinada à administração de medicamentos injetáveis (por via venosa, intramuscular ou subcutânea), em caráter ambulatorial, de urgência ou emergência.

- **Compreende:**
- A aplicação do medicamento;
- Insumos necessários à administração: seringa, agulha, scalp, algodão, álcool, luvas, máscara, gorro e propés;
- Assepsia e antissepsia da equipe de enfermagem, incluindo materiais e antissépticos.

4.6.2 Taxa de Curativo Simples

Destinada à realização de curativo simples em qualquer região do corpo.

- **Compreende:**
- Execução do curativo;
- Insumos necessários: seringa, agulha, soro fisiológico, PVPI, clorexidina, compressas de gaze, micropore, esparadrapo, ataduras, luvas, máscara, gorro e propés;
- Assepsia e antissepsia da equipe de enfermagem, incluindo materiais e antissépticos.

Observação: Esta taxa **não contempla** curativos em casos de grandes queimados.

4.7 Gasoterapia

As taxas de gasoterapia serão remuneradas conforme a classificação do prestador.

- A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada com base nas anotações registradas em prontuário.
- A cobrança será realizada com base no valor equivalente a uma hora de consumo, sendo permitido o fracionamento por tempo de uso, com base mínima de 15 minutos.

4.7.1 Nebulização

- **Compreende:**

- Uso de oxigênio ou ar comprimido;
- Máscara;
- Serviço de enfermagem;
- Materiais necessários;
- Soluções e medicamentos broncodilatadores.

- **Não compreende:**

- Corticoides e fluidificantes, que serão remunerados separadamente, quando houver prescrição médica.

4.8 Taxas de Utilização de Equipamentos

As taxas de utilização de equipamentos serão remuneradas conforme a classificação do prestador, observando-se que não serão pagas as taxas de equipamentos já incluídas nas diárias específicas ou nas taxas de sala, conforme detalhado no ANEXO A deste edital.

4.8.1 Taxa de Utilização de Equipamentos Oftalmológicos

Remunerada conforme a classificação do prestador, excetuando-se os casos em que o procedimento já esteja contemplado no porte da CBHPM, considerando a Unidade de Custo Operacional (UCO).

4.8.2 Taxas de Vídeo

As taxas de vídeo serão remuneradas conforme a classificação do prestador.

- **Compreendem:**

- Uso de todos os equipamentos necessários ao procedimento;
- Camisa para microcâmera.

Aplica-se às modalidades: Vídeo Histeroscopia, Vídeo Artroscopia e Vídeo Urologia.

4.9 Notas Complementares

- **4.9.1** Os gases serão pagos proporcionalmente ao tempo de uso, com fracionamento mínimo de 15 minutos;
- **4.9.2** Equipo de bomba de infusão não será remunerado para manutenção venosa ou soroterapia, salvo em neonatos ou adultos com restrição hídrica;
- **4.9.3** Exames complementares de alto custo (R\$ 500,00), exceto em urgência, requerem autorização prévia da auditoria do HGuN;
- **4.9.4** Será paga uma visita médica diária, desde que registrada com evolução e assinatura do médico no prontuário. A troca de profissional deve ser comunicada ao convênio;
- **4.9.5** Não será remunerada a coleta de exames realizada pelo hospital ou terceiros;

- **4.9.6** Materiais de punção utilizados em quantidade superior ao usual deverão ser devidamente justificados;
- **4.9.7** Curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou de enfermagem e descrição da equipe, com autorização prévia da auditoria do HGuN;
- **4.9.8** A taxa de nebulização inclui o uso de gases;
- **4.9.9** O uso do aparelho de anestesia contempla o monitor de oximetria de pulso e capnografia, sendo vedado seu pagamento em anestesia local ou sedação simples;
- **4.9.10** Hemoterapia será paga mediante prescrição médica, com comprovante de uso (etiqueta ou cartão da bolsa) anexado ao prontuário;
- **4.9.11** A visita do nutrólogo será remunerada 1 a cada 3 dias em dieta enteral e diariamente na parenteral, desde que registrada no prontuário. Visitas de nutricionistas não são contempladas;
- **4.9.12** Sondas vesical e enteral serão pagas com prescrição médica e checagem de enfermagem. A troca da sonda nasoenteral será paga apenas 1 vez por internação, exceto se internado por mais de 90 dias ou com justificativa médica. A embalagem deve ser anexada ao prontuário;
- **4.9.13** Não será remunerado o Custo Operacional (UCO) dos procedimentos quando já houver pagamento de taxa de sala.

4.10 Materiais Descartáveis Não Cobertos e Situações Especiais

(conforme Manual de Auditoria da Diretoria de Saúde)

Os materiais listados a seguir **não serão cobertos**, salvo quando indicados em situações especiais e mediante análise da equipe de auditoria:

- Aquecedor e manta térmica *(pagos somente para pacientes pediátricos, neonatais, geriátricos ou em cirurgias de grande porte)*;
- Borracha de silicone;
- Borracha para aspirador;
- Cabo bipolar;
- Camisa para microcâmera;
- Campo cirúrgico descartável *(pago em casos excepcionais)*;
- Caneta para bisturi descartável;
- Capa para microscópio;
- Cinta lombar;
- Compressa cirúrgica;
- Conexões para aspiração, bomba e pressão;
- Conector;
- Cotonete *(pagamento previsto apenas para oftalmologia)*;
- Cotonóide *(pagamento previsto apenas para neurocirurgia)*;

- Escova de degermação;
- Espéculo descartável;
- Faixa elástica pós-operatória;
- Filme endoscópico;
- Gorro, máscara, propé, avental, capote e calça;
- Lâmina para tricotomia;
- Gesso sintético;
- Sensor para oxímetro;
- Eletrodos descartáveis;
- Atadura de crepom (*paga somente com indicação médica; em caso de contenção no leito, apenas com prescrição*);
- Bolsa de colostomia tipo Karaya drenável (*uma a cada sete dias ou conforme justificativa da enfermagem*);
- Cateter de acesso central (*pagamento condicionado à prescrição, evolução médica e anexação da embalagem no prontuário; troca autorizada com sinais de infecção ou hiperemia*).

5. NUTRIÇÃO PARENTERAL

A avaliação técnica do profissional responsável pela formulação da nutrição, bem como o acompanhamento e a adequação diária das necessidades do paciente para administração da nutrição parenteral, deverão ocorrer na unidade hospitalar onde o paciente estiver sendo assistido, podendo ser qualquer hospital da Grande Natal. As solicitações de parecer para indicação da nutrição parenteral deverão ser realizadas pelo médico assistente responsável pelo acompanhamento do paciente na instituição de saúde.

Dar-se-á preferência ao faturamento direto à empresa licitada pela Credenciante para o fornecimento da nutrição parenteral, ou a uma empresa devidamente credenciada para tal fim.

O Hospital de Guarnição de Natal dará prioridade a aquisição de nutrição parenteral por meio de Sistema de Registro de Preço (Pregão), porém, tendo em vista a possibilidade de insucessos nesta modalidade de aquisição, como por exemplo: itens desertos, inadimplência de fornecedor e/ou fórmulas específicas, ante a gravidade patológica com indicação imediata deste tipo de dieta, esta OMS opta por manter aberta a possibilidade de fornecimento, também, por meio de OCS credenciada, apenas em caráter excepcional, com a finalidade de evitar danos à saúde dos beneficiários do Sistema. Sendo usado como valor de referencia a Tabela Própria em Anexo.

5.1 Quanto ao Preparo e Fornecimento: Nutrição Parenteral Pediátrica e Adulto

A nutrição parenteral (NP) é uma solução ou emulsão composta, basicamente, de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes — desnutridos ou não — em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção de tecidos, órgãos ou sistemas (Portaria nº 272 – ANVISA).

A fórmula padrão e os valores praticados terão seus itens especificados no ANEXO A deste Referencial de Valores. Para formulações pediátricas, haverá fixação de preço conforme o volume da bolsa.

6. PACOTES

6.1 Pacotes de Exames e Procedimentos de Imagem

Os exames e procedimentos de imagem seguirão a Tabela CBHPM – 3ª Edição (Comunicado oficial de 01 de agosto de 2003, com UCO de R\$ 12,50), exceto aqueles listados como pacote no ANEXO A deste Referencial de Valores.

- Radiografias
- Ultrassonografias em geral e com Doppler
- Tomografia Computadorizada
- Ressonância Magnética
- Medicina Nuclear
- Radiografias e Outros Métodos de Imagem Odontológicos
- Outros Exames e Procedimentos de Imagem

6.1.1 Observações sobre Pacotes de Procedimentos de Imagem

Tomografias:

Quando realizados em duas ou mais regiões distintas, será remunerado:

- O exame principal (maior valor): 100%
- O segundo exame: 70%
- O terceiro e os demais: 50%

O pacote de materiais e medicamentos (MAT/MED) será pago uma única vez, independentemente da quantidade de regiões examinadas. O pacote de anestesia seguirá as referências descritas no ANEXO A.

Ressonância Magnética:

- Exame principal: 100%
- Segundo exame: 80%
- Terceiro e demais: 50%

A regra do pacote MAT/MED e de anestesia segue o mesmo critério das tomografias.

6.1.2 Materiais e Medicamentos Incluídos nos Pacotes de Imagem

Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética:

Inclui: Cateter IV periférico (Jelco nº 20, 22, 24 ou 26), luvas de procedimento, seringas, soro fisiológico 0,9%, água para injeção, agulhas descartáveis, esparadrapo, algodão, conectores tipo "Y", infusor de múltiplas vias, álcool 70%, contraste iodado ou não iodado.

Ultrassonografia com Biópsia de Próstata:

Inclui: luva cirúrgica estéril, guia de biópsia descartável, agulha para biópsia.

Marcação Mamária:

Inclui: agulhas de diversos, fita micropore, gaze, luva estéril, xilocaína em gel, entre outros insumos.

Procedimentos com Anestesia:

Aplicam-se os pacotes de anestesia conforme o ANEXO A. Os honorários do anestesista serão pagos diretamente ao prestador credenciado.

6.2 Pacotes Específicos

Os valores e composições dos seguintes pacotes constam no ANEXO A deste referencial de valores:

- Radioterapia
- Assistência em Pronto-Socorro (até 6h)
- Psiquiatria
- Oftalmologia (inclui honorários médicos, exceto anestesista)
- Oxigenoterapia Hiperbárica (pagamento condicionado à assinatura do beneficiário/responsável a cada sessão na guia)
- Cirurgias Oncológicas e de Cabeça e Pescoço
- Gastroenterologia e Cirurgia Geral (inclui honorários médicos, exceto anestesista)
- Internação em UTI
- Exames Cardiológicos (CBHPM 5ª Edição, com UCO de R\$12,50, exceto pacotes do ANEXO A)
- Estimulação Cardíaca Artificial – Arritmologista (honorários fixos, sem variação por tipo de acomodação)
- Eletrofisiologia Invasiva (honorários fixos)
- Cirurgias Cardiovasculares (parte hospitalar, excluindo honorários)
- Cirurgias e Procedimentos Médicos Diversos
- Transporte Especializado de Pacientes
- Exames Anatomopatológicos
- Cirurgias Cardíacas

7. SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é uma modalidade de atenção à saúde que se apresenta como alternativa substitutiva ou complementar às formas tradicionais de cuidado, caracterizando-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, prestadas em caráter excepcional no domicílio do paciente. Esse serviço é ofertado em duas modalidades: o Programa de Internação Domiciliar (PID) e o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), conforme descrição detalhada no Anexo A.

Compete à equipe de auditoria do SAD a coordenação, o controle e a operacionalização das Equipes de Apoio Multidisciplinar, conforme as necessidades de cada

paciente e mediante autorização do Médico ou Enfermeiro do Setor de Atenção Domiciliar do HGuN.

O auditor do SAD deve manter vínculo estreito com os familiares e/ou com o cuidador do paciente — pessoa com ou sem laços familiares, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e nas atividades da vida diária.

A Organização Civil de Saúde (OCS) prestadora de SAD deverá apresentar à auditoria um **Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD)**, bem como a **Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO)** e o **relatório de avaliação inicial**, contendo o enquadramento clínico e social do paciente. Esse relatório deve incluir: dados de identificação do paciente e do responsável, diagnóstico(s), histórico clínico, medicações em uso, exame físico, avaliação da dor, avaliação por sistemas (respiratório, digestivo, tegumentar, geniturinário), além de uma análise das condições do domicílio e dos recursos necessários para a prestação do atendimento adequado.

8. PRAZOS E RECURSOS

As OCS e PSA devem seguir rigorosamente os prazos estabelecidos nesse edital:

- **Comunicação de internação:** em até 48 horas via e-mail, a contar da admissão;
- **Entrega das faturas:** até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, conforme calendário distribuído anualmente;
- **Fechamento parcial de faturas de internação (alta administrativa):** até 15 dias de internação, a contar da admissão;
- **Apresentar as faturas dos atendimentos não continuados:** até 30 dias, a contar do atendimento;
- **Apresentar as faturas dos atendimentos continuados:** até 45 dias, a contar do início do atendimento prestado;
- **Apresentar recursos de glosa:** até 15 dias após o recebimento do e-mail informando a glosa;

Os prazos operacionais serão definidos por meio de calendário informativo, fixado pelo Setor de Contas Médicas do Hospital de Guarnição de Natal (HGuN) e enviado ao e-mail institucional da credenciada.

ANEXO A

Nr		Valor
1	ATENDIMENTO MÉDICO: TABELAS, ÍNDICES E VALORES. (CBHPM, Exceto os especificados em particular neste Referencial.)	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.1	Consulta geral em consultório ou pronto socorro	R\$ 95,00
1.2	Consulta em consultório para Pediatria, Alergologia, Neurologia, Infectologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia da Cabeça e Pescoço, Oncologia	R\$ 115,00
1.2.1	Consulta em consultório para Hematologia, Reumatologia, Geriatria, Hepatologia, Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia.	R\$ 121,15
1.3	Consulta em Cirurgia Pediátrica, Neuropediatria e Gastropediatria	R\$ 162,75
1.4	Consulta eletiva em Urologia	R\$ 107,00
1.4.1	Parecer de Urologia em paciente internado	R\$ 269,00
1.5	Consulta em Ortopedia	R\$ 95,00
1.6	Consulta em Psiquiatria	R\$ 180,30
1.7	Visita hospitalar, exceto psiquiatria e Cirurgia de cabeça e pescoço	R\$ 95,00
1.8	Consulta domiciliar e pareceres a pacientes internados (podendo ser acionado para dúvidas do médico assistente durante até 3 dias após o atendimento)	R\$ 200,00
1.9	Parecer médico a paciente internado (cirurgia pediátrica)	R\$ 316,05
1.9.1	Visita hospitalar a paciente internado cirurgia pediátrica(qualquer acomodação)	R\$ 154,85
1.9.2	Consulta eletiva cirurgia tórax	R\$ 150,00
1.9.3	Parecer paciente internado cirurgia de tórax	R\$ 200,00
1.9.3.1	Parecer paciente internado cirurgia pediátrica	R\$ 316,05
1.9.3.2	Vídeo Cirurgias pediátricas– Intervenção Cirúrgica (uso)	R\$ 1.265,10
1.9.3.3	Taxa de vídeo diagnóstico pediátricas(uso)	R\$ 700,00
1.10	HONORÁRIOS MÉDICOS	
1.10.1	Cirurgia Vascular	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.2	Cirurgia Ginecológica	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.2.1	Vídeo Histeroscopia (Taxa de uso do equipamento)	R\$ 800,00
1.10.3	Cirurgia Geral	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.4	Cirurgia Oncológica	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.4.1	Vídeo Cirurgias – Diagnóstico (Laparoscopia) (uso)	R\$ 500,00
1.10.4.2	Vídeo Cirurgias – Cirúrgica (uso)	R\$ 1.265,10
1.10.5	Cirurgia Cabeça e Pescoço	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.5.1	Visita hospitalar cabeça e pescoço	R\$ 100,00
1.10.6	Otorrinolaringologia, procedimentos cirúrgicos	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15

1.10.7	Neurocirurgia	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.8	Cirurgia Torácica (considerar a Tabela X2, para todos os procedimentos, independente da acomodação)	CBHPM 2018 UCO R\$ 20,47
1.10.9	Cirurgia Ortopédica	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.9.1	Vídeo artroscopia (taxa de uso do equipamento)	R\$ 800,00
1.10.10	Cirurgia Ortopédica (Cirurgia de mão e oncológica)	CBHPM 2016 UCO R\$ 19,36
1.10.11	Mastologia	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
1.10.12	Cirurgia Pediátrica	CBHPM 2018 UCO R\$ 20,47 (X2 qualquer acomodação + 5 %)
2	HEMODINÂMICA / RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	CBHPM 2016 UCO R\$ 19,36
2.1.1	3.09.11.04.4 – Cateterismo Cardíaco D e/ou E com ou/ sem cinecoronariografia/cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica(7C).	R\$ 3.028,95
2.1.2	3.09.11.05.2 - Cateterismo Cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio(8C).	R\$ 3.637,30
2.1.3	3.09.11.06.0 - Cateterismo Cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar(5A).	R\$1.425,60
2.1.4	3.09.11.07.9 - Cateterismo Cardíaco D e/ou E com cineangiocoronariografia e ventriculografia(7C).	R\$ 3.028,95
2.1.5	3.09.11.08.7 - Cateterismo Cardíaco D e/ou E com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e /ou membros(8A).	R\$ 3.269,80
2.1.6	3.09.11.09.5 – Cateterismo E e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos(5A).	R\$ 1.425,60
2.1.7	3.09.11.14.1 – Estudo ultrassonográfico intravascular(7C).	R\$ 3.243,45
2.1.8	3.09.12.02.4 – Angioplastia transluminal da aorta ou ramos da artéria pulmonar e ramos (por vaso)(8C).	R\$ 4.396,75
2.1.9	3.09.12.26.1 - Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent(12B).	R\$ 10.310,30
2.1.10	3.09.12.03.2 - Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent (12A).	R\$ 9.590,20
2.1.11	3.09.12.04.0 - Angioplastia transluminal percutânea por balão(01 vaso)(8C).	R\$ 4.396,75
2.1.12	3.09.12.27.0- Ateromectomia rotacional, direcional, extracional ou uso de laser coronariano com ou sem angioplastia por balão, com ou sem implante de stent(12B)	R\$ 9.862,20
2.1.13	3.09.12.10.5 – Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (01 vaso)(10C)	R\$ 7.269,20
2.1.14	3.09.12.29.6 – Implante transcáteter de Prótese Valvar Aórtica(TAVI) (13B)	R\$ 16.533,80
2.1.15	3.09.12.18.0 – Recanalização arterial do IAM – angioplastia primária – com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-órtico)(12C)	R\$ 12.631,23
2.1.16	3.09.12.24.5 – Valvoplastia percutânea por via arterial ou venosa(8C).	R\$ 4.205,60
2.1.17	3.09.12.25.3 - Valvoplastia percutânea por via transeptal(10C)	R\$ 6.953,15
2.2	HEMODINÂMICA/RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.	

2.2	O porte será multiplicado por 2 (dois) e será aplicado um acréscimo de 45,00% ou 75,00% no valor final, seguindo a mesma regra da HEMODINÂMICA.	UCO R\$ 19,36 (+ 8% sobre valores)
3	PNEUMOLOGIA	
3.1	Consulta em consultório	R\$ 95,00
3.2	Visita hospitalar (em enfermaria)	R\$ 65,00
3.3	Prova de função pulmonar	R\$ 115,00
3.4	Polissonografia	R\$ 450,00
3.5	BIPAP	R\$ 50,00
3.5.1	Determinação dos valores pulmonares por pletismografia ou DLCO	R\$ 500,00
4	CIRURGIA TORÁCICA OBS.: Independentemente de acomodação, majorar vezes 2 .	
4.1	Honorários médicos	CBHPM 2018 UCO 20,47
4.2	Taxa de vídeo	R\$ 700,00
4.3	Pacote de broncoscopia (somente honorários)	R\$ 930,00
4.4	Taxa de broncoscópio com vídeo(uso)	R\$ 925,00
5	UROLOGIA	
5.1	Procedimentos em geral CBHPM 2014	CBHPM 2014 (+ 9% sobre valores)
5.2	Procedimentos Videoassistidos X 1,5	CBHPM 2014
5.3	Urofluxometria	R\$ 192,47
5.4	Urodinâmica	R\$ 866,28
5.5	Cirurgia esterilizadora masculina	R\$ 1.028,01
5.6	Taxa de Vídeo-Urologia	R\$ 593,79
5.7	Taxa de Ureteroscopia	R\$ 594,45
5.8	Taxa de Videolaparoscopia	R\$ 1.505,44
5.9	PEQUENAS CIRURGIAS UROLÓGICAS:	
5.9.1	Plástica de freio bálano prepucial	R\$ 698,38
5.9.2	Postectomia	R\$ 698,38
5.9.3	Biópsia Peniana + Eletrocoagulação	R\$ 698,38
5.9.4	Hidrocele	R\$ 1.004,64
5.9.5	Varicocele	R\$ 1004,64
5.9.6	Cistoscopia ou Ureteroscopia + Taxa de vídeo	R\$ 1.276,32
5.9.7	Ressecção Endoscópica da Próstata (CIR+1AUX+TAXA VIDEO UROLOGIA)	R\$ 2.513,50
5.9.8	Tumor Vesical - Ressecção Endoscópica (CIR+1 AUX+TAXA VIDEO UROLOGIA)	R\$ 1.287,48
5.9.9	Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral - Colocação ureteroscópica de duplo J – unilateral (CIR+1AUX+TAXA VIDEO UROLOGIA+TAXA DE VIDEO URETEROSCOPIA)	R\$ 3.793,58
5.9.10	Colocação ureteroscópica de duplo J – unilateral (CIR+1 AUX+TAXA VIDEO UROLOGIA)	R\$ 1.287,48
5.9.11	Nefrolitotripsia percutânea unilatela Colocação nefroscópica de duplo J - unilateral Nefrostomia Percutânea unilateral (CIR+1AUX+2AUX+TAXA VIDEO UROLOGIA)	R\$ 5.061,31

5.9.12	Nefrostomia Percutânea unilateral (CIR+TAXA DE VIDEO UROLOGIA)	R\$ 1.785,10
5.9.13	Retirada Endoscópica de duplo J (CIR+TAXA DE VIDEO UROLOGIA)	R\$ 1.648,57
5.9.14	Colocação Nefroscópica de duplo J unilateral Estenose de junção pieloureteral - Trat. Cirúrgico Pieloplastia (CIR+1AUX+2AUX+TAXA VIDEO UROLOGIA)	R\$ 5.355,96
5.9.15	Nefrectomia radical unilateral Linfadenectomia retroperitoneal (CIR+1AUX+2AUX+TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA)	R\$ 6.761,36
5.9.16	Prostatavesiculectomia Radical Linfadenectomia pélvica (CIR+1AUX+2AUX+TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA)	R\$ 6.174,99
5.9.17	Prostatectomia a céu aberto (CIR+1AUX+2AUX+TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA)	R\$ 4.146,07
5.9.18	Linfadenectomia Retroperitoneal Nefrectomia parcial unilateral (CIR+1AUX+2AUX+TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA)	R\$ 6.444,89
5.9.19	Ureterorrenolitotripsia flexível unilateral Colocação ureteroscópica de duplo J unilateral Dilatação endoscópica unilateral (CIR+1AUX+2AUX+TAXA DE VIDEO UROLOGIA+TAXA DE VIDEOURETEROSCOPIA)	R\$ 4.092,09
5.9.20	Uretroplastia Posterior Neouretra Proximal (Cistourethroplastia) Cistostomia cirurgica (CIR+1AUX+2 AUX+TAXA DE VIDEO UROLOGIA+TAXA DE VIDEOURETEROSCOPIA)	R\$ 5.245,77
5.9.21	Uretroplastia Posterior (CIR+1AUX+2 AUX+TAXA DE VIDEO UROLOGIA+TAXA DE VIDEOURETEROSCOPIA)	R\$ 5.245,77
5.9.22	Uretrotomia interna (CIR+1AUX+TAXA DE VIDEO UROLOGIA)	R\$ 1.126,18
5.9.23	Uretrotomia interna Colo vesical - Ressecção endoscópica (CIR+1AUX+TAXA DE VIDEO UROLOGIA)	R\$ 1.553,66
5.9.24	Marsupialização de cistos renais unilateral (CIR+1AUX+TAXA DE VIDEO LAPAROSCOPIA)	R\$ 3.088,76
5.9.25	Nefrectomia total unilateral (CIR+1AUX+2AUX)	R\$ 2.829,36
5.9.26	Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral Dilatação endoscópica unilateral Colocação ureteroscópica de duplo J – unilateral (CIR+1AUX+TAXA DE VIDEOUROLOGIA_TAXA DE VIDEO URETEROSCOPIA)	R\$ 4.092,11
5.9.27	Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral Retirada endoscópica de duplo J (CIR+1AUX+TAXA DE VIDEOUROLOGIA+TAXA DE VIDEO URETEROSCOPIA)	R\$ 4.132,93
5.10	TAXAS EM UROLOGIA	
5.10.1	Litotripsia extracorpórea por ondas de choque (exceto honorários médicos)	R\$ 1.193,61
5.10.2	Taxa de percutânea ou nefroscópio (paciente internado)	R\$ 869,63
5.10.3	Taxa do litotridor ultrassônico (paciente internado)	R\$ 869,63
5.11	TRANSPLANTE RENAL	
5.11.1	Transplante Renal com doador Vivo Pacote de honorários médicos	R\$ 26.897,25 + 2xTAXA DE Laparoscopia
5.11.2	Transplante Renal com doador Falecido Pacote de honorários médicos	R\$ 31.307,80 + 1x TAXA de Laparoscopia
6	PORTE ANESTÉSICOS	
6	OBS.: 1- Os procedimentos anestésicos serão remunerados de acordo com os portes anestésicos a seguir discriminados;	CBHPM 2018

	OBS.: 2-para acomodação em apartamento e em caso de procedimentos múltiplos e simultâneos considerar as instruções da CBHPM/2018;	
6.1	PORTE 1	R\$ 225,00
6.2	PORTE 2	R\$ 330,00
6.3	PORTE 3	R\$ 500,00
6.4	PORTE 4	R\$ 700,00
6.5	PORTE 5	R\$ 1.100,00
6.6	PORTE 6	R\$ 1.500,00
6.7	PORTE 7	R\$ 2.200,00
6.8	PORTE 8	R\$ 2.900,00
6.9	CONSULTA PRÉ ANESTÉSICA	R\$ 150,00
7	EXAMES COMPLEMENTARES OBS.: Exames laboratoriais, Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral (SADT). Exceto os que estão dentro de pacotes.	CBHPM, 5ª UCO R\$ 11,50
8	HEMOTERAPIA (HEMOCOMPONENTES)	CBHPM, 3ª UCO 11,50
8.1	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	R\$ 77,10
8.1.1	HBsAg (EIE)	R\$ 16,96
8.1.2	CHAGAS (EIE)	R\$ 18,74
8.1.3	ANTI HIV (EIE)	R\$ 37,22
8.1.4	VDRL	R\$ 3,68
8.1.5	ANTI HCV (EIE)	R\$ 39,26
8.1.6	ANTI HTLV1 (EIE)	R\$ 39,26
8.1.7	ANTI HBC (EIE)	R\$ 18,23
8.1.8	GRUPO SANGUÍNEO – 01 P/ CADA BOLSA+01(PACIENTE) VALOR UNIT: 11,83	R\$ 25,47
8.1.9	PESQUISA DE ANTICORPOS – (01 POR DIA)	R\$ 20,01
8.1.10	PROVA DE COMPATIBILIDADE – (01 P/ CADA BOLSA)	R\$ 13,25
8.1.11	HEMOGLOBINAS	R\$ 8,27
8.1.12	NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.1.13	NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.1.14	NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
	TOTAL	R\$ 774,23
8.2	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	R\$ 94,18
8.2.1	HBsAg (EIE)	R\$ 16,96
8.2.2	CHAGAS (EIE)	R\$ 18,74
8.2.3	ANTI HIV (EIE)	R\$ 37,22
8.2.4	VDRL	R\$ 3,68
8.2.5	ANTI HCV (EIE)	R\$ 39,26
8.2.6	ANTI HTLV1 (EIE)	R\$ 39,26
8.2.7	ANTI HBC (EIE)	R\$ 18,23
8.2.8	GRUPO SANGUÍNEO – 01 P/ CADA BOLSA+01(PACIENTE)	R\$ 25,47

	VALOR UNIT: 11,83	
8.2.9	PESQUISA DE ANTICORPOS – (01 POR DIA)	R\$ 20,01
8.2.10	PROVA DE COMPATIBILIDADE – (01 P/ CADA BOLSA)	R\$ 13,25
8.2.11	HEMOGLOBINAS	R\$ 8,27
8.2.12	NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,27
8.2.13	NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,27
8.2.14	NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,27
	TOTAL	R\$ 791,34
8.3	CRIOPRECIPITADO	R\$ 59,42
8.3.1	HBsAg (EIE)	R\$ 16,96
8.3.2	CHAGAS (EIE)	R\$ 18,74
8.3.3	ANTI HIV (EIE)	R\$ 37,22
8.3.4	VDRL	R\$ 3,68
8.3.5	ANTI HCV (EIE)	R\$ 40,03
8.3.6	ANTI HTLV1 (EIE)	R\$ 39,26
8.3.7	ANTI HBC (EIE)	R\$ 18,23
8.3.8	HEMOGLOBINAS	R\$ 8,27
8.3.9	NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.3.10	NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.3.11	NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
	TOTAL	R\$ 640,00
8.4	PLAQUETAS POR AFÉRESE	R\$ 37,95
8.4.1	HBsAg (EIE)	R\$ 16,96
8.4.2	CHAGAS (EIE)	R\$ 18,74
8.4.3	ANTI HIV (EIE)	R\$ 37,22
8.4.4	VDRL	R\$ 3,68
8.4.5	ANTI HCV (EIE)	R\$ 40,03
8.4.6	ANTI HTLV1 (EIE)	R\$ 39,26
8.4.7	ANTI HBC (EIE)	R\$ 18,23
8.4.8	HEMOGLOBINAS	R\$ 8,27
8.4.9	KIT MATERIAL DESCARTÁVEL E SOLUÇÕES	R\$ 1.166,19
8.4.10	OPERAÇÃO DA PROCESSADORA	R\$ 177,40
8.4.11	FILTRO DE LEUCÓCITOS P/ PLAQUETAS	R\$ 258,10
8.4.12	NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.4.13	NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.4.14	NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
	TOTAL	R\$ 2.200,00
8.5	PLAQUETAS	R\$ 64,33
8.5.1	HBsAg (EIE)	R\$ 16,96
8.5.2	CHAGAS (EIE)	R\$ 18,74

8.5.3	ANTI HIV (EIE)	R\$ 37,22
8.5.4	VDRL	R\$ 3,68
8.5.5	ANTI HCV (EIE)	R\$ 40,03
8.5.6	ANTI HTLV1 (EIE)	R\$ 39,26
8.5.7	ANTI HBC (EIE)	R\$ 18,23
8.5.8	HEMOGLOBINAS	R\$ 8,27
8.5.9	NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.5.10	NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.5.11	NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
	TOTAL	R\$ 640,00
8.6	PLASMA FRESCO	R\$ 56,89
8.6.1	HBsAg (EIE)	R\$ 16,96
8.6.2	CHAGAS (EIE)	R\$ 18,74
8.6.3	ANTI HIV (EIE)	R\$ 37,22
8.6.4	VDRL	R\$ 3,68
8.6.5	ANTI HCV (EIE)	R\$ 40,03
8.6.6	ANTI HTLV1 (EIE)	R\$ 39,26
8.6.7	ANTI HBC (EIE)	R\$ 18,23
8.6.8	HEMOGLOBINAS	R\$ 8,27
8.6.9	NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.6.10	NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
8.6.11	NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 152,26
	TOTAL	R\$ 640,00
8.7	UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 84,17
8.7.1	HBsAg (EIE) P/ SANGUE TOTAL	R\$ 23,96
8.7.2	CHAGAS (EIE) P/ SANGUE TOTAL	R\$ 26,39
8.7.3	ANTI HIV (EIE) P/ SANGUE TOTAL	R\$ 46,80
8.7.4	VDRL P/ SANGUE TOTAL	R\$ 7,27
8.7.5	ANTI HCV (EIE) P/ SANGUE TOTAL	R\$ 56,50
8.7.6	ANTI HTLV1 (EIE) P/ SANGUE TOTAL	R\$ 55,72
8.7.7	ANTI HBC (EIE) P/ SANGUE TOTAL	R\$ 26,76
8.7.8	GRUPO SANGUÍNEO – 01 P/ CADA BOLSA+01(PACIENTE) VALOR UNIT: 11,83	R\$ 25,47
8.7.9	PESQUISA DE ANTICORPOS – (01 POR DIA)	R\$ 20,01
8.7.10	PROVA DE COMPATIBILIDADE – (01 P/ CADA BOLSA)	R\$ 12,96
8.7.11.	HEMOGLOBINAS P/ SANGUE TOTAL	R\$ 11,50
8.7.12	NAT HCV P/ SANGUE TOTAL	R\$ 207,17
8.7.13.	NAT HIV P/ SANGUE TOTAL	R\$ 207,17
8.7.14	NAT HBV P/ SANGUE TOTAL	R\$ 207,17
	TOTAL	R\$ 950,00
8.8	SANGRIA TERAPÊUTICA	R\$ 30,00

8.8.1	HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 35,00
	TOTAL	R\$ 65,00
8.9	EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS (HEMOCOMPONENTE DEVOLVIDO)	
8.9.1	GRUPO SANGUÍNEO (01 P/ CADA BOLSA+PACIENTE)	R\$ 25,00
8.9.2	PESQUISA ANTICORPOS (01 P/ DIA)	R\$ 20,00
8.9.3	PROVA COMPATIBILIDADE (01 P/ CADA BOLSA)	R\$ 10,00
8.10	TAXA DE IRRADIAÇÃO	R\$ 80,00
8.10.1	FILTRO DE LEUCÓCITOS P/ HEMÁCIAS	R\$ 200,00
8.10.2	FILTRO DE LEUCÓCITOS P/ PLAQUETAS	R\$ 250,00
8.11	PACOTE DE PLASMAFÉRESE	
8.11.1	Incluso: honorários médicos, taxa de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis, materiais especiais. Excluso: intercorrências, implante de cateter, plasma fresco, albumina humana 20%, gasoterapia, exames, demais itens não especificados como incluso.	R\$ 2.986,65 até 5 sessões, R\$ 2.765,40 a partir da 6 sessão.
9	CONDIÇÕES GERAIS PARA HOSPITAIS TIPO I, II e CLÍNICAS.	
9.1	Consulta	R\$ 95,00
9.2	Parecer médico	R\$ 210,00
9.3	Tabela de honorários médicos	CBHPM 2014 UCO 16,15
9.4	Autorização de materiais e medicamentos (deve ser apresentada ao Auditor Concorrente em até 15 dias após a data da solicitação). Após esse período será considerado fora de prazo e glosado.	Necessária para valores superiores a R\$ 500,00
9.5	TAXA comercialização de MATERIAIS DESCARTÁVEIS: -Serão pagos de acordo com o guia SIMPRO referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado do Rio Grande do Norte.	Preço de Fábrica + 7,5 %
9.6	TAXA comercialização de medicamento e radiofármacos, para Hospital Tipo I (exceto antineoplásicos): Serão pagos de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado do Rio Grande do Norte. Será pago o medicamento genérico, de menor valor, pela tabela BRASÍNDICE.	Preço de Fábrica + 7,5 %
9.7	TAXA comercialização de medicamento e radiofármacos, para Hospital Tipo II (exceto antineoplásicos): Serão pagos de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado do Rio Grande do Norte. De uma forma geral será pago o medicamento genérico, de menor valor, pela tabela BRASÍNDICE	Preço de Fábrica + 7,5 %
9.8	TAXA comercialização de antineoplásicos para Hospitais: Serão pagos de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado do Rio Grande do Norte. Para os antineoplásicos considerar a relação de medicamentos com isenção do ICMS. De uma forma geral será pago o medicamento genérico, de menor	Preço de Fábrica + 7,5 %

	valor, pela tabela BRASÍNDICE	
9.9	TAXA comercialização de antineoplásicos para Clínicas Oncológicas: Serão pagos de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado do Rio Grande do Norte. Para os antineoplásicos considerar a relação de medicamentos com isenção do ICMS. De uma forma geral será pago o medicamento genérico, de menor valor, pela tabela BRASÍNDICE	Preço de Fábrica + 7,5 %
9.10	TAXA comercialização de dieta enteral e suplementos para Hospital tipo I – Conforme Tabela Própria.	Tabela Própria
9.11	TAXA comercialização de dieta enteral e suplementos para Hospital tipo II – Conforme Tabela Própria.	Tabela Própria
9.12	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia- SADT	CBHPM-5ª edição-2008 UCO R\$ 12,50
9.13	FILME RADIOLÓGICO: pago por metro quadrado. Exceto os contemplados nos pacotes de radiologia.	R\$ 23,37 por m2
9.14	Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPME) e Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) - Itens não constantes no Pregão do HGUN – serão pagos mediante apresentação de 03 (três) orçamentos de fornecedores distintos, contendo os dados técnicos do item, registros obrigatórios (ANVISA, SIMPRO), razão social e contatos dos fornecedores. - Os itens serão submetidos à auditoria prévia de lisura , com taxa de comercialização conforme margem e apresentação da Nota Fiscal nominal ao paciente . - Após autorização formal, o pagamento será realizado com base na Nota Fiscal apresentada pela credenciada, acrescida de , conforme a seguinte escala:	Margem de comercialização
	Até R\$ 20.000,00	20%
	De R\$ 20.001,00 até R\$ 50.000,00	15%
	Acima de R\$ 50.001,00	10%
9.15	Taxa de manuseio quando adquiridos pela OMS e utilizada em procedimentos na OCS	5% sobre o valor da Ata de Registro de Preço.
10	SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: Os serviços previstos apresentam as seguintes reduções: Prevenção 10%; Odontopediatria 10%; Dentística 10%; Periodontia 10%; Endodontia 10%; Cirurgia Odontológica em consultório 20%; Prótese 10%. Os procedimentos odontológicos previstos na legislação vigente e autorizados pelo Sistema de Saúde do Exército, terão como referência para pagamento a Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos-VRPO 2014 (Associação Brasileira de Odontologia-Seção Distrito Federal – Regional Taguatinga) - elaborada pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos com os valores atualizados pelo INPC-IBGE 6,33% de 01/08/2013 a 31/07/2014, publicado no D.O.U dia 03/09/2014.	
10.1	Aumento de coroa clínica	R\$ 200,00

10.2	Apicectomia	R\$ 200,00
10.3	Tratamento endodôntico - unirradicular (11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42, 43)	R\$ 200,00
10.4	Tratamento endodôntico – pré molar	R\$ 300,00
10.5	Tratamento endodôntico - molar (16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48)	R\$ 450,00
10.6	Retratamento endodôntico - unirradicular	R\$ 250,00
10.7	Retratamento endodôntico – pré molar	R\$ 350,00
10.8	Retratamento endodôntico – molar	R\$ 500,00
10.9	Exodontia de 3º molar incluso (18,28,38,48)	R\$ 200,00
10.10.	Exodontia de 3º molar semi-incluso/ Impactado	R\$ 200,00
10.11	Cunha Proximal	R\$ 170,00
10.12	Drenagem de Abscesso	R\$ 70,00
10.13	Exodontia – Resto Radicular c/ Odontosecção	R\$ 170,00
10.14	Exodontia – Resto Radicular s/ Odontosecção	R\$ 95,00
10.15	Exodontia de dente decíduo – c/ anestesia (Infiltrativa)	R\$ 55,60
10.16	Exodontia simples de dente permanente	R\$ 95,00
10.17	Faceta de resina	R\$ 130,00
10.18	Raspagem supragengival – arcada superior e inferior/ subgengival por hemiarcada	R\$ 80,00
10.19	Rest. Amálgama 01 FACE	R\$ 60,00
10.20	Rest. Amálgama 02 FACE	R\$ 70,00
10.21	Rest. Amálgama 03 FACE	R\$ 75,00
10.22	Rest. Amálgama 04 FACE	R\$ 80,00
10.23	Rest. Ionômetro de vidro	R\$ 80,75
10.24	Rest. Resina 01 FACE	R\$ 85,45
10.25	Rest. Resina 02 FACES	R\$ 90,15
11	TERAPIAS EM GERAL	
	FISIOTERAPIA: Para os Serviços de Fisioterapia, será utilizado o Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Os valores para consulta e RPG estão expressos em Coeficiente de Honorários Fisioterapêuticos (CHF), sendo que cada CHF vale R\$ 0,33 (trinta e três centavos). Será aplicado o redutor de 30% (trinta por cento) para cada procedimento, excetuando-se os procedimentos das disfunções de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico, músculo esquelético, cardiorrespiratório, geniturinário/reprodutor e hidroterapia. OBS.: 1-A fisioterapia prestada a pacientes internados está limitada a uma sessão de fisioterapia motora e uma sessão de fisioterapia respiratória por dia, podendo ser estendida a duas sessões diárias para os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva UTI ou com indicação médica precisa. 2-Para as sessões de fisioterapia ambulatoriais serão autorizadas pela CREDENCIANTE o limite máximo de até 10 (dez) sessões mensais por paciente, conforme a legislação do Sistema de saúde (FUSEX/ PASS/ Fator de Custo) vigente.	

11.1	PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA	
11.1.1	Consulta/ anamnese/ avaliação/sessão	R\$ 45,00
11.1.2	Assistência de fisioterapia domiciliar (por sessão inclui motora ou respiratória)	R\$ 50,00
11.1.3	Assistência de fisioterapia domiciliar (por sessão motora e respiratória)	R\$ 80,00
11.1.4	Assistência fisioterapêutica – clínica, pré e pós-cirúrgico, nas disfunções decorrentes de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico, músculo esquelético, cardiorrespiratório, geniturinário /reprodutor, endócrino-metabólicas, linfático e/ou vaso sanguíneo, decorrentes de queimaduras e/ou alterações do sistema tegumentar.	R\$ 50,00
11.1.5	Hidroterapia (Individual)	R\$ 55,00
11.1.6	RPG	R\$ 55,00
11.1.7	Reabilitação vestibular	R\$ 35,00
11.1.8	Terapia Manual	R\$ 40,00
11.1.9	Atividade Reflexa	R\$ 40,00
11.1.10	Osteopatia	R\$ 55,00
11.2	FONOAUDIOLOGIA:	
	PROCEDIMENTOS DE FONOAUDIOLOGIA OBS: até 10 (dez) sessões, por área, em um período de 30 (trinta) dias;	
11.2.1	Consulta/ anamnese/ avaliação	R\$ 60,00
11.2.2	Sessão de fonoaudiologia (45 min)	R\$ 55,00
11.2.3	Sessão de fonoaudiologia domiciliar	R\$ 65,00
11.2.4	Consulta em unidade hospitalar	R\$ 65,00
11.3	PSICOLOGIA: OBS: 1- É autorizada pela credenciante até 5 (cinco) sessões em um período de 30 (trinta) dias.	
	PROCEDIMENTOS DE PSICOLOGIA	
11.3.1	Consulta/ anamnese	R\$ 66,60
11.3.2	Avaliação psicológica	R\$ 70,00
11.3.3	Avaliação de nível intelectual	R\$ 50,00
11.3.4	Avaliação psicomotora	R\$ 50,00
11.3.5	Realização de exames psicológicos	R\$ 40,00
11.3.6	Realização de avaliação psicológica para a concessão de registro / porte de arma	R\$ 115,00
11.3.7	Psicomotricidade individual	R\$ 50,00
11.3.8	Psicomotricidade em grupo	R\$ 45,00
11.3.9	Psicoterapia individual	R\$ 60,00
11.3.10	Psicoterapia em casal	R\$ 70,00
11.3.11	Psicoterapia familiar	R\$ 70,00
11.3.12	Psicoterapia em grupo	R\$ 50,00
11.3.13	Psicoterapia domiciliar ou em paciente internado	R\$ 85,00
11.3.14	Psicopedagogia sessão	R\$ 45,00

11.3.15	Avaliação de Desempenho escolar e aprendizagem	R\$ 65,00
11.3.16	Avaliação Neuropsicológica(incluso: apresentação do plano de Avaliação Neuropsicologia, Anamnese com os Pais(1 ou 2 sessões), Entrevista e/ou envio de questionário escola, Sessões(mínimo de 6, máximo de 10) de avaliação neuropsicológica da criança ou adolescente(1 vez por semanaou mais), Sessão de devolutiva com os Pais ou Responsáveis para a entrega do laudo, Encontro para devolutiva coma escola, caso necessário	R\$ 1.200,00
11.4	TERAPIA OCUPACIONAL OBS: É autorizada pela credenciante o limite de 04 (quatro) sessões mensais por paciente, sendo estas realizadas uma vez por semana.	-
	PROCEDIMENTOS EM TERAPIA OCUPACIONAL	-
11.4.1	Consulta/Anamnese	R\$ 45,00
11.4.2	Terapia Ocupacional atendimento ambulatorial	R\$ 45,00
11.4.3	Atendimento Ambulatorial (inclui Integração Social)	R\$ 50,00
11.4.4	Atendimento Domiciliar	R\$ 65,00
11.5	TERAPIA PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS	
11.5.1	Proposta de Atendimento Fonoaudiológico utilizando o PECS- Comunicação por Troca de Figuras e PROMPT (Prompts for Reestructuring Oral Muscular Phonetic Targets) e PAC.	
11.5.1.1	Sessão de Fonoaudiologia PECS	R\$ 90,00
11.5.1.2	Sessão de Fonoaudiologia PAC	R\$ 95,00
11.5.1.3	Sessão de Fonoaudiologia PROMPT	R\$ 95,00
11.5.2	Visita à escola para orientação Fonoaudiológica	R\$ 100,00
11.5.3	Terapia BOBATH	R\$ 90,00
11.5.4	Terapia Ocupacional com Integração Sensorial para portadores de necessidades especiais	R\$ 60,00
11.5.5	Terapia ABA Atendimento continuado diário, incluindo atendimento na clínica, residência e escola. A avaliação inicial da criança se dará durante o primeiro mês de atendimento. Reavaliações semestrais durante o tratamento. Na solicitação da Terapia ABA deve constar a prescrição da carga horária semanal que seja compatível com o nível de necessidade do paciente.	
11.5.5.1	Consulta para triagem inicial (duração 60 min)	R\$ 270,00
11.5.5.1.1	Reavaliações médica semestral durante o tratamento	R\$ 270,00
11.5.5.2	Analista comportamental sessão (hora) – uma vez por semana	R\$ 100,00
11.5.5.2.1	Terapia ABA- Acompanhante Terapêutico sessão (hora)- Atendimentos com a média de 10 a 40 horas por semana, incluindo clínica, residência e escola.	R\$ 50,00
11.5.6	Therasuit /Pediasuit Programa Intensivo, individual e específico. Módulos com duração de 4 semanas, sessões diárias de 3 a 4 horas. Ao término de cada módulo, a criança fica numa fase de descanso para repouso muscular. Nesse período de intervalo o usuário realiza manutenção do Therasuit por um período de uma hora por sessão.	
11.5.6.1	Módulo Therasuit/ Pediasuit Pacote mensal (Therasuit) é o método realizado em pessoas com	R\$ 8.300,00

	desordem neuromuscular que precisam de repetições intensas de exercícios para aprender e adquirir uma nova habilidade motora. O método utiliza prótese auxiliar aos movimentos, normalmente realizado por fisioterapeuta.	
11.5.6.2	Sessão de 1 hora A manutenção do Therasuit na fase de repouso está incluída no valor do pacote do Therasuit mensal do item 11.5.6.1	R\$ 150,00
11.6	ACUPUNTURA	
11.6.1	Sessão de acupuntura (incluso material)	R\$ 45,00
11.7	NUTRIÇÃO:	
	PROCEDIMENTOS EM NUTRIÇÃO	
11.7.1	Consulta	R\$ 50,00
11.7.2	Visita domiciliar	R\$ 60,00
11.8	NUTRIÇÃO PARENTEAL	
11.8.1	NUTRIÇÃO PARENTERAL PEDIÁTRICA E ADULTO A fórmula padrão será remunerada conforme segue-se:	Tabela Própria
	A dieta parenteral especial, já industrializada, será paga de acordo com os pacotes abaixo:	
11.8.2	NUTRIÇÃO PARENTERAL ADULTA:	
11.8.2.1	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Padrão ml até 1000ml	R\$ 0,45/ml
11.8.2.2	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Padrão ml até 2000ml	R\$ 0,40/ml
11.8.2.3	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica com Lipídio Smoflipid 20% ml até 1000ml	R\$ 0,55/ml
11.8.2.4	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica com Lipídio Smoflipid 20% ml até 2000ml	R\$ 0,50/ml
11.8.2.5	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica com Lipídio Smoflipid 20% e L-Alanil-Glutamina ml até 1000ml	R\$ 0,80/ml
11.8.2.6	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica com Lipídio Smoflipid 20% e L-Alanil-Glutamina ml até 2000ml	R\$ 0,70/ml
11.8.2.7	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica para Nefropata ml até 1000ml	R\$ 0,50/ml
11.8.2.8	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica para Hepatopata ml até 1000ml	R\$ 0,50/ml
11.8.2.9	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica com Glycophos ml até 1000ml	R\$ 0,50/ml
11.8.2.10	Nutrição Parenteral Total Manipulada Fórmula Específica com Glycophos ml até 2000ml	R\$ 0,45/ml
11.8.3	NUTRIÇÃO PARENTERAL PEDIÁTRICA	
11.8.3.1	Nutrição Parenteral Total com volume até 100 ml (Neonatal)	R\$ 200,00
11.8.3.2	Nutrição Parenteral Total com volume de 101 ml a 300 ml (Neonatal)	R\$ 300,00
11.8.3.3	Nutrição Parenteral Total com volume de 301 ml a 500 ml	R\$ 400,00
11.8.3.4	Nutrição Parenteral Total com volume de 501 ml a 1000 ml	R\$ 500,00
11.8.3.5	Nutrição Parenteral Total com volume de 1001 ml a 1500 ml	R\$ 550,00
11.8.3.6	Nutrição Parenteral Total com volume de 1501 ml a 2000 ml	R\$ 700,00
11.8.3.7	Nutrição Parenteral Total com volume até 500 ml – Fórmula específica com Smoflipid	R\$ 500,00
11.8.3.8	Nutrição Parenteral Total com volume até 501 ml a 1000 ml – Fórmula específica com Smoflipid	R\$ 520,00
11.8.3.9	Nutrição Parenteral Total com volume até 1001 ml a 1500 ml – Fórmula específica com Smoflipid	R\$ 550,00

11.8.3.10	Nutrição Parenteral Total com volume até 1501 ml a 2000 ml – Fórmula específica com Smoflipid	R\$ 700,00
12	HOSPITAL TIPO I: Compreendem os estabelecimentos de saúde cujas instalações e hotelaria são de alto padrão e cujo atendimento médico contempla todas as características do hospital II, além de agregar tratamento de alta complexidade, de forma eletiva e de urgência, nas áreas de neurocirurgia, hemodinâmica, cirurgia cardíaca, incluindo a possibilidade de realização de transplante de órgãos .	
12.1	DIÁRIAS CONFORME PACOTE DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO DESCRITOS ABAIXO	
12.2	TAXAS DE SALA	
12.2.1	Sala Cirúrgica porte 0 ou para Quimioterapia (uso)	R\$ 263,08
12.2.2	Sala Cirúrgica porte 1 – Pequena Cirurgia (uso)	R\$ 526,15
12.2.3	Sala Cirúrgica porte 2 – Pequena Cirurgia (uso)	R\$ 631,38
12.2.4	Sala Cirúrgica porte 3 – Média Cirurgia (uso)	R\$ 736,61
12.2.5	Taxa de sala Cirúrgica porte 4 – Média Cirurgia (uso)	R\$ 841,84
12.2.6	Taxa de sala Cirúrgica porte 5 – Grande Cirurgia (uso)	R\$ 894,46
12.2.7	Taxa de sala Cirúrgica porte 6 – Grande Cirurgia (uso)	R\$ 947,07
12.2.8	Taxa de sala Cirúrgica porte 7 – Grande Cirurgia (uso)	R\$ 999,69
12.2.9	Taxa de sala Cirúrgica Porte 8 - Especial (uso)	R\$ 1.052,30
12.2.10	Taxa de sala de recuperação anestésica	R\$ 105,23
12.2.11	Taxa de sala Cir Grande – Hora Adicional (após 4 h de uso)	R\$ 157,85
12.2.12	Taxa de sala de Hemodinâmica (uso)	R\$ 789,23
12.2.13	Taxa de sala ambulatorial	R\$ 105,23
12.2.14	Taxa de observação	R\$ 52,62
12.2.15	Taxa de sala de Endoscopia / Colonoscopia (uso)	R\$ 105,23
12.2.16	Taxa de sala de Emergência por uso (Reanimação)	R\$ 263,08
12.2.17	Taxa de sala para aplicação de medicação apenas para medicamentos por infusão endovenosa	R\$ 10,52
12.2.18	Taxa de sala de hemodiálise	R\$ 263,08
12.3	TAXAS DE SERVIÇOS	
12.3.1	Taxa de curativo ambulatorial com material e medicação incluso (exceto queimados e curativos especiais)	R\$ 40,00
12.4	TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS (VÍDEO)	
12.4.1	Video cirurgia (laparoscopia diagnóstica)	R\$ 947,07
12.4.2	Vídeo Cirurgias – Intervenção Cirúrgica (uso)	R\$ 1.052,30
12.4.3	Vídeo Histeroscopia (tx de uso do equipamento)	R\$ 947,07
12.4.4	Video artroscopia (tx de uso do equipamento)	R\$ 1.025,30
12.4.5	Video endoscópio /colonoscópio	R\$ 210,46
12.4.6	Video endoscópio para Cirurgias por uso	R\$ 210,46
12.4.7	Video broncoscopia (tx de uso do equipamento)	R\$ 631,38
12.5	TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS (Desde que não incluídos em pacotes)	

12.5.1	Aparelho de Estereotaxia (uso)	R\$ 200,00
12.5.2	Aparelho de Hemodiálise (uso)	R\$ 200,00
12.5.3	Aquecedor de fluidos	R\$ 50,00
12.5.4	Aspirador / Irrigador Controlado (uso)	R\$ 30,00
12.5.5	Balão Intra-Aórtico (dia)	R\$ 200,00
12.5.6	Bisturi Bipolar (uso), incluso caneta e placa	R\$ 100,00
12.5.7	Bisturi de Argônio (uso)	R\$ 100,00
12.5.8	Bisturi Ultrassônico (uso)	R\$ 500,00
12.5.9	Bomba de Infusão (uso/dia)	R\$ 30,00
12.5.10	Bomba injetora de contraste	R\$ 50,00
12.5.11	Capnógrafo (dia)	R\$ 20,00
12.5.12	Colchão de água/ar	R\$ 20,00
12.5.13	Compressor pneumático	R\$ 50,00
12.5.14	Controle de PAI pressão arterial invasiva)	R\$ 40,00
12.5.15	Craniótomo	R\$ 60,00
12.5.16	Desfibrilador / Cardioversor (uso)	R\$ 65,00
12.5.17	Serra Drill Nitrogênio / Elétrico (uso)	R\$ 150,00
12.5.18	Aluguel serra elétrica por uso	R\$ 65,00
12.5.19	Laser cirurgico (uso)	R\$ 250,00
12.5.20	Fototerapia (hora)	R\$ 5,00
12.5.21	Intensificador de Imagem (uso)	R\$ 150,00
12.5.22	Lipo Aspirador (uso)	R\$ 75,00
12.5.23	Marca-passo Provisório (hora)	R\$ 3,00
12.5.24	Microscópio Cirúrgico (uso)	R\$ 300,00
12.5.25	Microscopio neurologico de fibra ótica (uso)	R\$ 300,00
12.5.26	Monitor Cardíaco (dia)	R\$ 100,00
12.5.27	Monitor Cerebral (dia)	R\$ 100,00
12.5.28	Monitor multiparametro	R\$ 100,00
12.5.29	Monitor pic	R\$ 100,00
12.5.30	Oxímetro de Pulso (uso)	R\$ 50,00
12.5.31	Placa de bisturi	R\$ 50,00
12.5.32	Caneta para bisturi	R\$ 100,00
12.5.33	Ventilador Pressão (dia)	R\$ 150,00
12.5.34	Ventilador Volume (dia)	R\$ 200,00
12.5.35	Ressector Urológico (uso)	R\$ 200,00
12.5.36	Aluguel serra elétrica por uso	R\$ 65,00
12.5.37	Swan – Ganz (uso/dia)	R\$ 150,00
12.5.38	Tração Esquelética (dia)	R\$ 15,00
12.5.39	Respirador BIPAP / CPAP (dia)	R\$ 50,00
12.5.40	Laser Cirúrgico (uso)	R\$ 100,00

12.5.41	Fibra Ótica (uso)	R\$ 30,00
12.5.42	Taxa de Bisturi Bipolar elétrico(incluso caneta e placa)	R\$ 75,00
12.5.43	Taxa de Perfurador Pneumático por uso	R\$ 100,00
12.6	GASOTERAPIA	
12.6.1	Ar Comprimido (hora)	R\$ 10,50
12.6.2	Argônio (hora)	R\$ 36,80
12.6.3	Gás Carbônico (hora)	R\$ 42,10
12.6.4	Nitrogênio (hora)	R\$ 21,05
12.6.5	Oxigênio por Catéter (hora)	R\$ 26,50
12.6.6	Oxigênio por Ventilador (hora)	R\$ 40,00
12.6.7	Oxigênio por Máscara de Venturi ou Macronebulização (hora)	R\$ 26,50
12.6.8	Protóxido de Azoto ou Óxido Nitroso (hora)	R\$ 31,55
12.6.9	Nebulização com Oxigênio (uso)	R\$ 10,50
12.6.10	Nebulização sem Oxigênio (uso)	R\$ 5,25
12.7	PACOTES DE DIÁRIA INTERNAÇÃO–HOSPITAL TIPO I	
12.7.1	Incluso: Serviços de enfermagem, inclusive cuidados pós morte, Taxas de sala e equipamentos incluindo todos os acessórios para o funcionamento e manutenção dos mesmos (bomba de infusão, equipos, aspirador, monitor PA/FC, oxímetro, respirador, dentre outros), taxas de serviços, todo e qualquer descartável usado no paciente, incluindo equipos em geral, kit transdutor de pressão, botas pneumáticas e seu compressor, sonda nasoenteral, traqueostomo, botton, curativos (exceto curativos a vacuo),cremes ou pomadas com agente antimicrobiano e/ou corticóides,creme de barreira e ácido graxo essencial, gases medicinais (para inalação, respiradores e cateter mono, duplo, triplo lumen para hidratação venosa e medicações), ECG, exames radiológicos(RX)e ultrassonografia, exames laboratoriais simples: Uréia, Creatinina, Glicose, Sódio, Potássio, Magnésio; TGO (AST), TGP (ALT); T3, T4, TSH; Hemograma completo e contagem de Plaquetas; Proteína C Reativa (PCR); Tempo de Protrombina (TP), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Reticulócitos; Colesterol total, HDL, LDL, VLDL, Triglicerídeos; EAS (urina tipo I), Urocultura, Exame parasitológico de fezes; Hepatite A, Hepatite B, Hepatite C, HIV 1 e 2; culturas em geral não automatizadas), medicamentos conforme prescrição médica, fonoterapia, psicologia, terapia ocupacional, nutricionista e fisioterapia, despesa com acompanhante (acomodação, enxoval e refeições),higienização da acomodação e utensílios, enxoval para o paciente. Excluso: alimentação enteral, parenteral (artesanal e industrializada), suplementos, hemodiálise, catéteres mono, duplo e triplo lúmen para hemodiálise, CPAP, BIPAP, quimioterapia antineoplásica,imunobiológicos, imunoglobulinas, sangue, hemoderivados, fatores de coagulação, antifúngicos, agentes fibrinolíticos, materiais e medicação acima de R\$233,00. TC e RNM (com e sem contraste), endoscopia, colonoscopia,broncoscopia,ecocardiograma e microbiologia automatizada,OPME,pareceres e visitas médicas de especialistas,exames laboratoriais especiais .	Enfermaria R\$ 1.262,75 Apartamento R\$ 1.525,80 Day Clinic 12h R\$ 947,05

12.7.2	DIÁRIA GLOBAL DE UTI PACIENTE CLÍNICO/CIRÚRGICO Incluso: hotelaria e serviços de enfermagem, fisioterapias, fonoaudiologia, nutricionista, gases medicinais, medicamentos e materiais com valor unitário até R\$ 233,00, curativos (exceto curativos a vacuo), cremes ou pomadas com agente antimicrobiano e/ou corticóides, creme de barreira e ácido graxo essencial, bombas de infusão e seus equipos, cateteres mono, duplo e triplo lúmem para hidratação venosa e medicações, exames laboratoriais simples hemograma com contagem de plaquetas, sódio, potássio, uréia, creatinina, magnésio, cálcio iônico, cloro, fósforo, lactato, gasometria arterial, gasometria venosa central, PCR, TAP, PTT, TGO, TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas, proteínas totais e frações, GGT, amilase, lipase, CKMB, troponina, mioglobina, glicemia, urina, perfil lipídico, sorologia para HIV e Hepatites e todas as taxas. eletrocardiograma (ECG), culturas microbiológicas (não automatizadas), gasometrias, radiografias, ultrassonografias, taxa de bomba de infusão, respirador e monitor, além de outros equipamentos necessários. Excluso: Honorários médicos, exames de alta complexidade não especificados acima, alimentação enteral, parenteral, despesas com centro cirúrgico, hemodinâmica, salas especiais, anatomia patológica, medicina nuclear, oxigenioterapia hiperbárica, quimioterapia, curativo a vácuo, remoções, medicamentos e materiais com valores unitários superiores aos especificados, materiais especiais, dispositivos médicos implantáveis e ecocardiograma, culturas microbiológicas automatizadas.	R\$ 3.683,05
12.7.3	PACOTE DE PRONTO ATENDIMENTO ADULTO: Composição do pacote Adulto - Consulta Médica inclusive em horário especial; - Todas as taxas; - Serviços de enfermagem e equipamentos; - Todos os materiais com custo unitário igual ou inferior a R\$ 56,00; - Todos os medicamentos com custo unitário/dose igual ou inferior a R\$ 56,00; - Gasoterapia/nebulizações; - Exames diagnósticos laboratoriais: hemograma, glicose, ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, magnésio, plaquetas, bilirrubinas, EAS, B-HCG, amilase, Gasometria, PCR, leucócitos, hematócrito, eritrograma, leucograma, mioglobulina, CKMB, TGO, TGP e troponina; - Exames radiológicos por imagem (todos os Raios X); - Eletrocardiograma; - Curativos (exceto curativos a vácuo e de queimados); - Rouparia e todos os descartáveis para assepsia e anti-sepsia; - Todos os equipamentos de proteção individual; - Taxa de sala de gesso; e - Taxa de sala de Imobilização não Gessada. Exclusões: - Honorários médicos: parecer de especialista e procedimentos; - Exames laboratoriais não descritos acima; - Materiais e medicamentos com valores unitários iguais ou superiores a R\$ 56,01 serão cobrados mediante justificativa (médica/enfermagem) da utilização; - Exames especializados de imagem: ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ecocardiograma,	R\$ 263,05

	endoscopia, broncoscopia, etc - Dietas e suplementos de qualquer natureza e alimentação do acompanhante; - Marcapasso temporário; - Sangue e hemocomponentes; - Despesas com internação, remoção e hemodinâmica; Condições de atendimento - Atendimentos em Pronto-Socorro adulto(idade superior a 14 anos); - Não será cobrado novo pacote caso o paciente retorne ao atendimento no mesmo dia/mesmo plantão médico e mesma sintomatologia	
12.7.4	DIÁRIA GLOBAL DE SEMI-INTENSIVA PACIENTE CLÍNICO/CIRÚRGICO Incluso: hotelaria e serviços de enfermagem, fisioterapias, fonoaudiologia, nutricionista, gases medicinais, curativos (exceto curativos a vacuo),cremes ou pomadas com agente antimicrobiano e/ou corticóides,creme de barreira e ácido graxo essencial, medicamentos com valor unitário até R\$233,00, bombas de infusão e seus equipos, cateteres mono, duplo e triplo lúmem para hidratação venosa e medicações, exames laboratoriais simples hemograma com contagem de plaquetas, sódio, potássio, uréia, creatinina, magnésio, cálcio iônico, magnésio, fósforo, gasometria arterial, gasometria venosa, urinálise, coagulograma(TAP, TTPA, tempo de sangramento e de coagulação) , fibrinogênio, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, GAMA GT, amilase, lactato, uréia, creatinina, creatinofosfoquinase total(CK-total), creatinofosfoquinase fração MB, desidrogenase láctica, glicose, mioglobina, troponina, pesquisa de leucócitos nas fezes, culturas em geral não automatizadas, beta HCG, transferrina, ferritina, ácido úrico, fosfatase alcalina, perfil lipídico, sorologia para HIV e Hepatites, eletrocardiograma(ECG), culturas microbiológicas(não automatizadas), gasometrias, radiografias, ultrassonografias, taxa de bomba de infusão, respirador e monitor, além de outros equipamentos necessários. Excluso: Honorários médicos, exames de alta complexidade não especificados acima, alimentação enteral, parenteral, despesas com centro cirúrgico, hemodinâmica, salas especiais, anatomia patológica, medicina nuclear, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, remoções, medicamentos com valores unitários superiores a R\$ 233,60 a unidade e que não constem como inclusos na diária global.	R\$ 2.000,00
12.7.5	DIÁRIA DE UTI PEDIÁTRICA E NEONATAL CIRÚRGICA (inclui cirurgias cardíacas) Inclui:Taxas de enfermagem (inclusive cuidados pós morte),Taxas de equipamentos, incluindo todos os acessórios para funcionamento e manutenção dos mesmos (bombas de infusão e seus equipos, aspirador, monitor PA/FC, oxímetro, respirador, dentre outros),Todo e qualquer descartável utilizado no paciente incluindo: equipos em geral, CPAP, cateter mono ,duplo e triplo lumen, kit transdutor de pressão,botas pneumáticas , sonda enteral , traqueóstomo, botton , todos os curativos, etc,Gases (inalação, respirador e cateter), alimentação enteral e parenteral(artesanal e industrializada), Exames laboratoriais e patologia clínica,Exames radiológicos: radiologia, ultrassonografia, tomografia, ressonância (com ou sem contraste),Medicamentos conforme prescrição médica, todos, inclusive agentes fibrinolíticos,antibióticos,Fonoterapia, psicologia,	R\$ 5.500,00

	nutricionista, nutrólogo, fisioterapia,Higienização da acomodação e utensílios,Enxoval para o paciente,Plantão médico a cada 12 horas,Honorários do plantonista e evolucionista. Excluso:Hemodiálise,quimioterapia antineoplásica,imunobiológicos e imunoglobulinas,Hemocomponentes e fatores da coagulação; OPME(conforme manual do Credenciado); Pareceres e visitas de especialistas, Demais itens não referidos como incluso.	
13	HOSPITAL TIPO II: Compreendem os estabelecimentos de saúde que disponibilizam atendimento nas áreas clínicas e cirúrgicas em caráter eletivo e de urgência.	
13.1	DIÁRIAS CONFORME PACOTE DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO DESCRITOS ABAIXO	
13.2	TAXAS DE SALA	
13.2.1	Sala Cirúrgica porte 0 (uso)	R\$ 150,00
13.2.2	Sala Cirúrgica porte 1 – Pequena Cirurgia (uso)	R\$ 300,00
13.2.3	Sala Cirúrgica porte 2 – Pequena Cirurgia (uso)	R\$ 400,00
13.2.4	Sala Cirúrgica porte 3 – Média Cirurgia (uso)	R\$ 500,00
13.2.5	Taxa de sala Cirúrgica porte 4 – Média Cirurgia (uso)	R\$ 550,00
13.2.6	Taxa de sala Cirúrgica porte 5 – Grande Cirurgia (uso)	R\$ 650,00
13.2.7	Taxa de sala Cirúrgica porte 6 – Grande Cirurgia (uso)	R\$ 700,00
13.2.8	Taxa de sala Cirúrgica porte 7 – Grande Cirurgia (uso)	R\$ 710,00
13.2.9	Taxa de sala Cirúrgica Porte 8 - Especial (uso)	R\$ 800,00
13.2.10	Taxa de sala Cir Grande – Hora Adicional (após 4 h de uso)	R\$ 200,00
13.2.11	Taxa de sala de Hemodinâmica (uso)	R\$ 500,00
13.2.12	Taxa de sala de gesso(não inclui o material)	R\$ 45,00
13.2.13	Taxa de sala de Imobilização não Gessada (não inclui o material)	R\$ 45,00
13.2.14	Taxa de sala de Endoscopia / Colonoscopia (uso)	R\$ 75,00
13.2.15	Taxa de sala de Emergência (uso)	R\$ 75,00
13.3	TAXAS DE SERVIÇOS	
13.3.1	Taxa de curativo ambulatorial(exceto queimados e curativos especiais)	R\$ 20,00
13.3.2	Taxa de aplicação de medicamento PS/ambulatório (sem mat/med)	R\$ 10,00
13.4	TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS (VÍDEO)	
13.4.1	Vídeo Cirurgias – Diagnóstico (Laparoscopia) (uso)	R\$ 500,00
13.4.2	Vídeo Cirurgias – Intervenção Cirúrgica (uso)	R\$ 500,00
13.4.3	Vídeo Histeroscopia (tx de uso do equipamento)	R\$ 500,00
13.4.4	Video artroscopia (tx de uso do equipamento)	R\$ 500,00
13.5	TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS	
13.5.1	Aparelho de Esteriotaxia (uso)	R\$ 150,00
13.5.2	Aparelho de Hemodiálise (uso)	R\$ 150,00
13.5.3	Aspirador / Irrigador Controlado (uso)	R\$ 15,00
13.5.4	Balão Intra-Aórtico (dia)	R\$ 100,00
13.5.5	Bisturi Bipolar (uso)	R\$ 50,00
13.5.6	Bisturi de Argônio (uso)	R\$ 50,00

13.5.7	Bisturi Ultrassônico (uso)	R\$ 50,00
13.5.8	Bomba de Infusão (uso/dia)	R\$ 25,00
13.5.9	Capnógrafo (dia)	R\$ 15,00
13.5.10	Controle de PAI (pressão arterial invasiva)	R\$ 35,00
13.5.11	Desfibrilador / Cardioversor (uso)	R\$ 50,00
13.5.12	Drill Nitrogênio / Elétrico (uso)	R\$ 130,00
13.5.13	Aluguel de serra elétrica (uso)	R\$ 50,00
13.5.14	Laser cirúrgico (uso)	R\$ 225,00
13.5.15	Fototerapia (hora)	R\$ 3,00
13.5.16	Intensificador de Imagem (uso)	R\$ 135,00
13.5.17	Lipo Aspirador (uso)	R\$ 35,00
13.5.18	Marca-passo Provisório (hora)	R\$ 2,50
13.5.19	Microscópio Cirúrgico (uso)	R\$ 134,53
13.5.20	Monitor Cardíaco (dia)	R\$ 60,00
13.5.21	Monitor Cerebral (dia)	R\$ 60,00
13.5.22	Oxímetro de Pulso (uso)	R\$ 40,00
13.5.23	Ventilador Pressão (dia)	R\$ 90,00
13.5.24	Ventilador Volume (dia)	R\$ 100,00
13.5.25	Ressector Urológico (uso)	R\$ 100,00
13.5.26	Swan – Ganz (uso/dia)	R\$ 100,00
13.5.27	Tração Esquelética (dia)	R\$ 10,00
13.5.28	Respirador BIPAP / CPAP (dia)	R\$ 35,00
13.5.29	Fibra Ótica (uso)	R\$ 25,00
13.6	GASOTERAPIA	
13.6.1	Ar Comprimido (hora)	R\$ 10,00
13.6.2	Argônio (hora)	R\$ 35,00
13.6.3	Gás Carbônico (hora)	R\$ 40,00
13.6.4	Nitrogênio (hora)	R\$ 20,00
13.6.5	Oxigênio por Catéter (hora)	R\$ 25,00
13.6.6	Oxigênio por Ventilador (hora)	R\$ 40,00
13.6.7	Oxigênio por Máscara de Venturi ou Macronebulização (hora)	R\$ 25,00
13.6.8	Protóxido de Azoto ou Óxido Nitroso (hora)	R\$ 30,00
13.6.9	Nebulização com Oxigênio (uso)	R\$ 10,00
13.6.10	Nebulização sem Oxigênio (uso)	R\$ 5,00
13.7	PACOTES DE INTERNAÇÃO HOSPITAL TIPO II	
13.7.1	DIÁRIA GLOBAL EM Apt/Enf. CLÍNICO (cobrada a cada período de 24 h, fracionável a cada 6 horas) Incluso: Serviços de enfermagem , equipamentos e acessórios (bomba de infusão, aspirador, monitor multiparamétrico, oxímetro, respirador), materiais descartáveis (equipos, catéteres, botas pneumáticas, sonda enteral, bottons, curativos, gases medicinais, medicamentos com valor unitário até R\$ 233,00, inclusive fibrinolíticos, antibióticos, atendimento em	Enfermaria R\$ 1.000,00 Apartamento R\$ 1.250,00

	psicologia,nutricionista,fonoterapia, terapia ocupacional,exames laboratoriais simples: Uréia, Creatinina, Glicose, Sódio, Potássio, Magnésio; TGO (AST), TGP (ALT); T3, T4, TSH; Hemograma completo e contagem de Plaquetas; Proteína C Reativa (PCR); Tempo de Protrombina (TP), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Reticulócitos; Colesterol total, HDL, LDL, VLDL, Triglicerídeos; EAS (urina tipo I), Urocultura, Exame parasitológico de fezes; Hepatite A, Hepatite B, Hepatite C, HIV 1 e 2; gasometria arterial, creatinofosfoquinase fração MB, troponina, (hemograma com contagem de plaquetas,proteína C reativa quantitativa,sódio, potássio,cálcioiônico,magnésio,gasometria arterial ,urinálise, TAP, TTPA,TGO,TGP,uréia,creatinina,creatinofosfoquinase fração MB, glicemia, troponina, culturas em geral(não automatizadas),exames radiológicos, higienização, utensílios, enxoval do paciente, alimentação do paciente, acomodação do acompanhante, alimentação do acompanhante com 03 refeições); Excluso: Equipamentos para fisioterapia motora e respiratória, inclusive CPAP e BIPAP, fisioterapia, ultrassonografias, tomografias, ressonância magnética, alimentação enteral e parenteral, hemodiálise, catéter para hemodiálise e quimioterapia, terapia oncológica, imunobiológicos e imunoglobulinas, hemoderivados, fatores de coagulação, antifúngicos de terceira geração, pareceres, visitas médicas e honorários médicos em geral.	
13.7.2	PACOTE DE PRONTO ATENDIMENTO ADULTO: Cobrado por atendimento. Com direito a retorno em até 48 h. Incluso: consulta com o plantonista, taxas de sala, equipamentos inerentes ao pronto atendimento, todos os materiais, medicamentos e gases medicinais. Excluso: Exames clínicos e radiológicos, pareceres de especialistas.	R\$ 230,00
13.7.3	DIÁRIA GLOBAL EM Apt/Enf. CIRÚRGICO (cobrada a cada período de 24 h, fracionável a cada 6 horas) Incluso: Serviços de enfermagem , equipamentos e acessórios (bomba de infusão, aspirador, monitor multiparamétrico, oxímetro, respirador)materiais descartáveis (equipos, cateteres, botas pneumática, sonda enteral, bottons, curativos, gases medicinais, medicamentos, inclusive fibrinolíticos, antibióticos, exames laboratoriais simples exames laboratoriais simples hemograma com contagem de plaquetas, sódio, potássio, uréia, creatinina, magnésio, cálcio iônico, magnésio, fósforo, gasometria arterial, gasometria venosa, urinálise, coagulograma(TAP, TTPA, tempo de sangramento e de coagulação) , fibrinogênio, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, GAMA GT, amilase, lactato, uréia, creatinina, creatinofosfoquinase total(CK-total), creatinofosfoquinase fração MB, desidrogenase láctica, glicose, mioglobina, troponina, pesquisa de leucócitos nas fezes, culturas em geral não automatizadas, beta HCG, transferrina, ferritina, ácido úrico, fosfatase alcalina, perfil lipídico, sorologia para HIV e Hepatites, eletrocardiograma(ECG), culturas microbiológicas(não automatizadas), gasometrias, radiografias, ultrassonografias e todas as taxas. Exames radiológicos, atendimento em psicologia, nutricionista, fonoaudiologia, terapia ocupacional, higienização, utensílios, enxoval do paciente, alimentação do paciente, acomodação do acompanhante, alimentação do acompanhante com 03 refeições)medicamentos com valor unitário até R\$ 233,00.	Enfermaria R\$ 1.050,00 Apartamento R\$ 1.300,00

	Excluso: Equipamentos para fisioterapia motora e respiratória, inclusive CPAP e BIPAP, fisioterapia, ultrassonografias, tomografias, ressonância magnética, alimentação enteral e parenteral, hemodiálise, cateter para hemodiálise e quimioterapia, terapia oncológica, imunobiológicos e imunoglobulinas, hemoderivados, fatores de coagulação, antifúngicos de terceira geração, pareceres, visitas médicas e honorários médicos em geral.	
13.7.4	DIÁRIA GLOBAL EM Apt/Enf. HOSPITAL DIA CLÍNICO (cobrada a cada período de 12 h, fracionável a cada 6 horas) Incluso: Serviços de enfermagem , equipamentos e acessórios (bomba de infusão, aspirador, monitor multiparamétrico, oxímetro, respirador)materiais descartáveis (equipos, cateteres, botas pneumáticas, sonda enteral, bottons, curativos, gases medicinais, medicamentos com valor unitário até R\$ 233,00, inclusive fibrinolíticos, antibióticos, atendimento em psicologia, nutricionista,fonoaudiologia, terapia ocupacional, higienização, utensílios, enxoval do paciente, alimentação do paciente, acomodação do acompanhante, alimentação do acompanhante com 03 refeições) Excluso: Equipamentos para fisioterapia motora e respiratória, inclusive CPAP e BIPAP, fisioterapia, exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonância magnética, alimentação enteral e parenteral, hemodiálise, catéter para hemodiálise e quimioterapia, terapia oncológica, imunobiológicos e imunoglobulinas, hemoderivados, fatores de coagulação, antifúngicos de terceira geração, pareceres, visitas médicas e honorários médicos em geral.	R\$ 700,00 (valor único)
13.7.5	DIÁRIA GLOBAL EM Apto/enf. HOSPITAL DIA CIRÚRGICO (cobrada a cada período de 12 h, fracionável a cada 6 horas) Incluso: Serviços de enfermagem , equipamentos e acessórios (bomba de infusão, aspirador, monitor multiparamétrico, oxímetro, respirador)materiais descartáveis (equipos, cateteres, botas pneumáticas, sonda enteral, bottons, curativos, gases medicinais, medicamentos, inclusive fibrinolíticos, antibióticos, atendimento em psicologia, nutricionista, higienização, utensílios, enxoval do paciente, alimentação do paciente, acomodação do acompanhante, alimentação do acompanhante com 03 refeições);medicamentos com valor unitário até R\$ 233,00. Excluso: Equipamentos para fisioterapia motora e respiratória, inclusive CPAP e BIPAP, fisioterapia,exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonância magnética, alimentação enteral e parenteral, hemodiálise, cateter para hemodiálise e quimioterapia, terapia oncológica, imunobiológicos e imunoglobulinas, hemoderivados, fatores de coagulação, antifúngicos de terceira geração, pareceres, visitas médicas e honorários médicos em geral.	R\$ 700,00 (valor único)
13.7.6	DIÁRIA GLOBAL DE UTI PACIENTE CLÍNICO/CIRÚRGICO Incluso: hotelaria e serviços de enfermagem, fisioterapias, fonoaudiologia, nutricionista,terapia ocupacional, gases medicinais, materiais, medicamentos com valor unitário até R\$ 233,00, bombas de infusão e seus equipos, cateteres mono, duplo e triplo lúmem para hidratação venosa e medicações, eletrocardiograma (ECG), exames laboratoriais exames laboratoriais simples hemograma com contagem de plaquetas, sódio, potássio, uréia, creatinina, magnésio, cálcio iônico, magnésio, fósforo, gasometria arterial, gasometria venosa, urinálise, coagulograma(TAP, TTPA, tempo de sangramento	R\$3.000,00

	e de coagulação) , fibrinogênio, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, GAMA GT, amilase, lactato, uréia, creatinina, creatinofosfoquinase total(CK-total), creatinofosfoquinase fração MB, desidrogenase láctica, glicose, mioglobina, troponina, pesquisa de leucócitos nas fezes, culturas em geral não automatizadas, beta HCG, transferrina, ferritina, ácido úrico, fosfatase alcalina, perfil lipídico, sorologia para HIV e Hepatites, eletrocardiograma(ECG), culturas microbiológicas(não automatizadas), gasometrias, radiografias, ultrassonografias e todas as taxas. Excluso:Honorários médicos, exames de alta complexidade não especificados acima, alimentação enteral, parenteral, despesas com centro cirúrgico, hemodinâmica, salas especiais, anatomia patológica, medicina nuclear, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, remoções, medicamentos e materiais com valores unitários superiores aos especificados acima.	
13.7.7	PACOTE DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS POR SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA Incluso: materiais de consumo (seringas, agulhas, compressas de gaze, máscaras descartáveis, gorro, luvas estéreis e de procedimento, curativo do local de punção, agulha de punção do reservatório do catéter semi ou totalmente implantado, escalpes, jelcos, equipos de bomba infusora(comuns e especiais). Taxas: sala de quimioterapia, de bomba infusora, de monitorização se necessário. Medicamentos: todos os tipos de solução utilizadas para a diluição e administração de medicamentos oncohematológicos, e todos os medicamentos utilizados, inclusive antieméticos, à exceção dos listados na exclusão. Excluso: internação hospitalar, medicamentos oncológicos, oncohematológicos, imunoterápicos, fator estimulador de colônias de granulócitos e inibidores da osteólise, honorários médicos.	R\$ 948,15 Não remunerar para quimioterapia oral e seus coadjuvantes e terapia SC isolada.
13.7.8	PACOTE PARA MANUTENÇÃO DE CATÉTER DE QUIMIOTERAPIA Incluso: todos os materiais, medicamentos e taxas necessários ao procedimento, e agulha de Huber	R\$ 350,00
14	PACOTES DE EXAMES MICROBIOLÓGICOS	
14.1	Hemocultura automatizada por amostra	R\$ 60,00
14.2	Cultura automatizada de diversos materiais	R\$ 60,00
14.3	Cultura de vigilância nasal	R\$ 20,00
14.4	Cultura de vigilância perianal	R\$ 30,00
14.5	GRAM	R\$ 8,00
14.6	Pesquisa de fungos	R\$ 8,00
14.7	Antifungigrama	R\$ 95,00
15	PACOTES DE EXAMES E PROCEDIMENTOS DE IMAGEM. Os exames e procedimentos de imagem serão baseados na Tabela CBHPM 3ª Edição UCO R\$ 11,50, exceto os pacotes abaixo:	CBHPM 2008 UCO R\$ 11,50
15.1	RADIOGRAFIAS	
	Dentre as propostas para exames de radiografias o HGuN tomou como base a proposta com os menores preços e negociou para a manutenção dos valores do Edital em curso (2017), para os exames contratados, salvo raras exceções.	
15.1.1	RX CRÂNIO – 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 30,00

15.1.2	RX CRÂNIO –3 INCIDÊNCIAS	R\$ 35,00
15.1.3	RX CRÂNIO – 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 45,00
15.1.4	RX OUVIDOS, MASTOÍDES OU ROCHEDO	R\$ 45,00
15.1.5	RX ORBITAS – BILATERAL	R\$ 35,00
15.1.6	RX SEIOS DA FACE (FN-MN-LAT-HIRTZ)	R\$ 30,00
15.1.7	RX SELA TURSICA	R\$ 30,00
15.1.8	RX OSSOS DA FACE	R\$ 35,00
15.1.9	RX MAXILAR INFERIOR	R\$ 30,00
15.1.10	RX ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES	R\$ 30,00
15.1.11	RX ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 35,00
15.1.12	RX ADENOIDES OU CAVUM	R\$ 30,00
15.1.13	RX PLANIGRAFIA LINEAR DE CRÂNIO/SELA TURSICA	R\$ 70,00
15.1.14	RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE	R\$ 10,00
15.1.15	RX COLUNA CERVICAL – 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 30,00
15.1.16	RX COLUNA CERVICAL – 5 INCIDÊNCIAS	R\$ 40,00
15.1.17	RX COLUNA DORSAL – 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 35,00
15.1.18	RX COLUNA DORSAL – 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 50,00
15.1.19	RX COLUNA LOMBO-SACRA – 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 35,00
15.1.20	RX COLUNA LOMBO-SACRA – 5 INCIDÊNCIAS	R\$ 50,50
15.1.21	RX SACRO-COCCIX	R\$ 30,00
15.1.22	RX COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R\$ 45,00
15.1.23	RX COLUNA TOTAL OU ESCOLIOSE PANORÂMICA (TELESPONDILOGRAFIA)	R\$ 65,00
15.1.24	RX PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL (02 PLANOS)	R\$ 100,00
15.1.25	RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA	R\$ 10,00
15.1.26	RX ESTERNO	R\$ 30,00
15.1.27	RX ESTERNO CLAVICULAR – UNILATERAL	R\$ 20,00
15.1.28	RX COSTELA – POR HEMITORAX	R\$ 30,00
15.1.29	RX CLAVÍCULA – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.30	RX ESCAPULA – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.31	RX ACROMIO-CLAVICULAR – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.32	RX OMBRO OU ESCAPULO UMERAL – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.33	RX BRAÇO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.34	RX COTOVELO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.35	RX ANTEBRAÇO – (02 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,00
15.1.36	RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL RX PUNHO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.37	RX MAO OU QUIRODÁCTILO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.38	RX MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	R\$ 25,00
15.1.39	RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 10,00
15.1.40	RX BACIA	R\$ 30,00
15.1.41	RX SACRILÍACAS	R\$ 30,00

15.1.42	RX COXOFEMORAL OU QUADRIL – UNILAT	R\$ 30,00
15.1.43	RX COXA – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.44	RX JOELHO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.45	RX DE PATELA	R\$ 30,00
15.1.46	RX PERNA – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.47	RX TORNOZELO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.48	RX PÉ OU PODODACTILO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.49	RX CALCÂNEO – UNILATERAL	R\$ 30,00
15.1.50	RX ESCANOMETRIA	R\$ 30,00
15.1.51	RX PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 45,00
15.1.52	RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 10,00
15.1.53	RX TÓRAX - 1 INCIDÊNCIA	R\$ 25,00
15.1.54	RX TÓRAX - 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 30,00
15.1.55	RX TÓRAX - 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 35,00
15.1.56	RX TÓRAX - 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 50,00
15.1.57	RX DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE	R\$ 40,00
15.1.58	RX ABDOME SIMPLES	R\$ 30,00
15.1.59	MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	R\$ 140,00
15.1.60	DENSITOMETRIA ÓSSEA – 1 SEGMENTO	R\$ 104,60
15.1.61	DENSITOMETRIA ÓSSEA – 2 SEGMENTOS	R\$ 156,95
15.1.62	ESCANOMETRIA DIGITAL	R\$ 130,00
15.1.63	SERIOGRAFIA ESOFAGEANA - ESOFAGO	R\$ 430,00
15.1.64	SEROGRAFIA ESÔFAGO - GASTRO - DUODENAL	R\$ 430,00
15.1.65	CLISTER OPACO (ENEMA Opaco)	R\$ 430,00
15.1.66	URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO	R\$ 430,00
15.1.67	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL DE CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS	R\$ 430,00
15.1.68	HISTEROSALPINGOGRAFIA	R\$ 390,00
15.1.69	ABDOME AGUDO	R\$ 50,00
15.1.70	AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	R\$ 40,00
15.1.71	DENSITOMETRIA ÓSSEA - CORPO INTEIRO	R\$ 128,60
15.1.72	MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR - POR MAMA, POR RM	R\$ 425,00
15.1.73	MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR POR MAMA, POR US	R\$ 420,00
15.1.74	PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA PERCUTÂNEA POR AGULHA FINA, POR ESTEREOTAXIA	R\$ 420,00
15.1.75	PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA PERCUTÂNEA POR AGULHA FINA, POR TC	R\$ 420,00
15.1.76	PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA PERCUTÂNEA POR AGULHA FINA, POR US	R\$ 730,00
15.1.77	BIOPSIA PERCUTÂNEA DE FRAG MAMÁRIO POR ESTEREOTAXIA (CORE BIOPSY)	R\$ 730,00
15.1.78	BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAG MAMÁRIO POR RM (CORE BIOPSY)	R\$ 725,00
15.1.79	BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAG MAMÁRIO POR US (CORE	R\$ 747,00

	BIOPSY)	
15.1.80	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA POR ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RM (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 330,00
15.1.81	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA POR ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR TC (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 330,00
15.1.82	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA POR ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR US (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 330,00
15.1.83	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA POR ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RX (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 330,00
15.2	ULTRASSONOGRAFIAS EM GERAL E COM DOPPLER	
	Dentre as propostas para exames de Ultrassonografias o HGuN tomou como base a proposta com os menores preços e negociou para a manutenção dos valores do Edital em curso (2018), para os exames contratados, salvo raras exceções.	
15.2.1	US GLOBO OCULAR - BILATERAL	R\$ 80,00
15.2.2	US GLÂNDULAS SALIVARES TODAS	R\$ 80,00
15.2.3	US TÓRAX	R\$ 55,00
15.2.4	US MAMAS	R\$ 80,00
15.2.5	US ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	R\$ 140,00
15.2.6	US ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA BILIAR, PÂNCREAS E BAÇO)	R\$ 95,00
15.2.7	US RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 115,00
15.2.8	US APARELHO URINÁRIO FEMININO	R\$ 90,00
15.2.9	US APARELHO URINÁRIO RINS, URETERES E BEXIGA	R\$ 85,00
15.2.10	US ABDOME INFERIOR MASCULINO – BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS	R\$ 85,00
15.2.11	US ABDOME INFERIOR FEMININO – BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIOS E ANEXOS	R\$ 90,00
15.2.12	US ÓRGÃOS SUPERFICIAIS – MAMAS TIREÓIDE, ESCROTO, PÊNIS OU CRÂNIO	R\$ 69,50
15.2.13	US ESTRUTURAS SUPERFICIAL – CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO	R\$ 69,50
15.2.14	US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 80,00
15.2.15	US OBSTÉTRICA	R\$ 60,00
15.2.16	US OBSTÉTRICA CONVENCIONAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 140,00
15.2.17	US OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 125,00
15.2.18	US OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 155,00
15.2.19	US OBSTÉTRICA GEMELAR – CADA FETO	R\$ 40,00
15.2.20	US OBSTÉTRICA GEMELAR COM DOPPLER COLORIDO – CADA FETO	R\$ 75,00
15.2.21	US OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 145,00
15.2.22	US TRANSVAGINAL INCLUINDO ABDOME INFERIOR FEMININO	R\$ 80,00
15.2.23	US TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 165,00
15.2.24	US PRÓSTATA - VIA TRANSRETAL INCLUI ABDOME INFERIOR	R\$ 130,00
15.2.25	US PRÓSTATA - VIA ABDOMINAL	R\$ 85,00
15.2.26	US DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	R\$ 175,00
15.2.27	US DOPPLER CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 215,00

15.2.28	US DOPPLER COLORIDO VENOSO – SUBCLÁVIAS E JUGULARES	R\$ 240,00
15.2.29	US DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA INCLUI CORAÇÃO	R\$ 170,00
15.2.30	US DOPPLER COLOR DE AORTA/ARTÉRIAS RENAI	R\$ 185,00
15.2.31	US DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 185,00
15.2.32	US DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR E INFERIOR	R\$ 185,00
15.2.33	US DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICA SUPERIOR, INFERIOR E TRONCO CELÍACO	R\$ 185,00
15.2.34	US DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 185,00
15.2.35	US DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 255,00
15.2.36	US DOPPLER COLOR VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 275,00
15.2.37	US DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 255,00
15.2.38	US DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 275,00
15.2.39	US PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIÓPSIA MAIS DE 08 FRAGMENTOS	R\$ 900,00
15.2.40	US GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 155,00
15.2.40.1	TRIDIMENSIONAL - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	R\$ 85,00
15.2.41	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO INDUÇÃO)	R\$ 145,00
15.2.42	ULTRA-SONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 130,00
15.2.43	ULTRA-SONOGRAFIA DIAGNÓSTICA - MONOCULAR	R\$ 95,00
15.2.44	DOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 270,00
15.2.45	INTRA-OPERATÓRIO	R\$ 180,00
15.2.46	DOPPLER COLORIDO INTRA-OPERATÓRIO	R\$ 200,00
15.2.47	US GLOBO DOPPLER OCULAR - BILATERAL	R\$ 140,00
15.2.48	US APARELHO URINÁRIO MASCULINO	R\$ 85,00
15.2.49	US COURO CABELUDO	R\$ 69,50
15.2.50	US CRANIANA	R\$ 69,50
15.2.51	US FACE	R\$ 69,50
15.2.52	US PARATIREÓIDE	R\$ 69,50
15.2.53	US PARÓTIDAS	R\$ 69,50
15.2.54	US PÊNIS	R\$ 69,50
15.2.55	US REGIÃO UMBILICAL	R\$ 69,50
15.2.56	US TIREÓIDE	R\$ 69,50
15.2.57	US TIREÓIDE PARA BIÓPSIA	R\$ 69,50
15.2.58	US VIAS BILIARES	R\$ 70,00
15.2.59	US ANTEBRAÇO UNILATERAL	R\$ 70,00
15.2.60	US AXILAS	R\$ 70,00
15.2.61	US BRAÇO UNILATERAL	R\$ 70,00
15.3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	

15.3.1	Pacote de Mat/Med (acrescentar o valor ao quantitativo do exame, quando o mesmo for contrastado)	R\$ 300,00
15.3.1.1	TC CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 300,00
15.3.1.2	TC SEIOS DA FACE OU FACE	R\$ 335,00
15.3.1.3	TC ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES – ATM	R\$ 335,00
15.3.1.4	TC PESCOÇO 9 PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE)	R\$ 345,00
15.3.1.5	TC TÓRAX	R\$ 345,00
15.3.1.6	TC ABDOME TOTAL	R\$ 530,00
15.3.1.7	TC PELVE OU BACIA	R\$ 325,00
15.3.1.8	TC ABDOME SUPERIOR	R\$ 345,00
15.3.1.9	TC MASTÓIDES OU OUVIDOS	R\$ 325,00
15.3.1.10	TC COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR – ATÉ 03 SEGMENTOS	R\$ 275,00
15.3.1.11	COLUNA – SEGMENTO ADICIONAL	R\$ 75,00
15.3.1.12	TC ARTICULAÇÃO (ESTERNO CLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACRILÍACAS OU COXO-FEMURAL OU JOELHO OU PÉ) UNILATERAL	R\$ 325,00
15.3.1.13	TC SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO OU COXA OU PERNA OU PÉ) UNILATERAL	R\$ 325,00
15.3.1.13.1	TC DE CORPO INTEIRA MIELOMA	R\$ 1.250,00
15.3.1.14	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL OU VENOSA (CRÂNIO OU PESCOÇO OU TÓRAX OU ABD SUPERIOR OU PELVE OU PULMONAR OU MEMBRO INFERIOR)	R\$ 350,00
15.3.1.15	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 350,00
15.3.1.16	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 350,00
15.3.1.17	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 350,00
15.3.1.18	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO	R\$ 350,00
15.3.1.19	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 350,00
15.3.1.20	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 350,00
15.3.1.21	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	R\$ 350,00
15.3.1.22	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	R\$ 350,00
15.3.1.23	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX	R\$ 350,00
15.3.1.24	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	R\$ 350,00
15.3.1.25	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 350,00
15.3.1.26	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	R\$ 350,00
15.3.1.27	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 350,00
15.3.1.28	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 350,00
15.3.1.29	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	R\$ 350,00
15.3.1.30	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	R\$ 350,00
15.3.1.31	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX	R\$ 350,00
15.3.1.32	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	R\$ 350,00
15.3.1.33	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA (INCLUSO MAT/MED E HONORÁRIO)	R\$ 1.250,00
15.3.1.34	TC PARA AVALIAÇÃO DO ESCORE DE CÁLCIO CORONARIANO	R\$ 750,00

15.4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
15.4.1	Pacote de Mat/Med (acrescentar o valor ao quantitativo do exame, quando o mesmo for contrastado)	R\$ 300,00
15.4.1.1	RM CRÂNIO	R\$ 650,00
15.4.1.2	RM SELA TÚRCICA – HIPÓFISE	R\$ 650,00
15.4.1.3	RM ÓRBITA BILATERAL	R\$ 650,00
15.4.1.4	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 650,00
15.4.1.5	RM FACE – INCLUI SEIOS DA FACE	R\$ 650,00
15.4.1.6	RM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM BILATERAL	R\$ 650,00
15.4.1.7	RM PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE E PARATIREOIDE)	R\$ 650,00
15.4.1.8	RM TÓRAX	R\$ 695,00
15.4.1.9	RM MAMA – BILATERAL	R\$ 650,00
15.4.1.10	RM ABDOME SUPERIOR	R\$ 650,00
15.4.1.11	RM Pelve	R\$ 650,00
15.4.1.12	RM COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR	R\$ 650,00
15.4.1.13	RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 650,00
15.4.1.14	RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	R\$ 650,00
15.4.1.15	RM BACIA – ART SACROILÍACAS	R\$ 650,00
15.4.1.16	RM COXA UNILATERAL	R\$ 650,00
15.4.1.17	RM PERNA UNILATERAL	R\$ 650,00
15.4.1.18	RM PÉ (ANTEPÉ) – NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$ 650,00
15.4.1.19	RM ARTICULAR	R\$ 690,00
15.4.1.20	ANGIO-RM ARTERIAL OU VENOSA (CRÂNIO OU PESCOÇO OU TÓRAX OU ABD SUP OU Pelve)	R\$ 690,00
15.4.1.21	ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA	R\$ 690,00
15.4.1.22	ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 650,00
15.4.1.23	RM ARTRO-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (INCLUI A PUNÇÃO ARTICULAR) POR ARTICULAÇÃO	R\$ 650,00
15.4.1.24	RM HIDRO-RM (COLANGIO/URO/MIELO /SIALO/CISTO)	R\$ 650,00
15.4.1.25	BASE DO CRÂNIO	R\$ 650,00
15.4.1.26	ESTUDO FUNCIONAL (MAPEAMENTO CORTICAL POR RM)	R\$ 230,00
15.4.1.27	PERFUSÃO CEREBRAL POR RM	R\$ 230,00
15.4.1.28	ESPECTROSCOPIA POR RM	R\$ 230,00
15.4.1.29	CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL	R\$ 690,00
15.4.1.30	CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + ESTRESSE	R\$ 690,00
15.4.1.31	CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + VIABILIDADE MIOCÁRDICA	R\$ 690,00
15.4.1.32	ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)	R\$ 600,00
15.4.1.33	FETAL	R\$ 600,00
15.4.1.34	PÊNIS	R\$ 180,00
15.4.1.35	BOLSA ESCROTAL	R\$ 690,00

15.4.1.36	FLUXO LIQUÓRICO (COMO COMPLEMENTAR)	R\$ 180,00
15.4.1.37	PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL (NÃO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR)	R\$ 650,00
15.4.1.38	RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	R\$ 180,00
15.4.1.39	ANGIO-RM ARTERIAL DE ABDOME TOTAL	R\$ 650,00
15.4.1.40	ANGIO-RM ARTERIAL DE CRÂNIO	R\$ 650,00
15.4.1.41	ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILAT)	R\$ 650,00
15.4.1.42	ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILAT)	R\$ 650,00
15.4.1.43	ANGIO-RM ARTERIAL DE PELVE	R\$ 650,00
15.4.1.44	ANGIO-RM ARTERIAL DE PESCOÇO	R\$ 650,00
15.4.1.45	ANGIO-RM ARTERIAL PULMONAR	R\$ 650,00
15.4.1.46	ANGIO-RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 650,00
15.4.1.47	ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILAT)	R\$ 650,00
15.4.1.48	ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILAT)	R\$ 650,00
15.4.1.49	ANGIO-RM VENOSA DE PELVE	R\$ 650,00
15.4.1.50	ANGIO-RM VENOSA DE PESCOÇO	R\$ 650,00
15.4.1.51	ANGIO-RM VENOSA PULMONAR	R\$ 650,00
15.4.1.52	RESSONÂNCIA DE PRÓSTATA COM PERFUSÃO/DIFUSÃO COM BOBINA ANORRETAL	R\$ 1.200,00
15.4.1.53	RESSONÂNCIA DE PROSTATA COM PERFUSÃO/DIFUSÃO SEM BOBINA ANORRETAL	R\$ 945,00
15.4.1.54	DEFECORRESONÂNCIA	R\$ 1.200,00
15.4.1.55	ENTERORRESONÂNCIA	R\$ 1.500,00
15.5	MEDICINA NUCLEAR	
	Os pacotes de cintilografia incluem o Mat/Med	
15.5.1	CINTILOGRAFIA COM HEMÁCIAS MARCADAS	R\$ 600,00
15.5.2	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – REPOUSO	R\$ 850,00
15.5.3	CINTIL. DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FÍSICO	R\$ 850,00
15.5.4	CINTIL. DO MIOC. PERFUSÃO – ESTRESSE FARMACOL.	R\$ 850,00
15.5.5	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS – ESFORÇO	R\$ 500,00
15.5.6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS – REPOUSO	R\$ 400,00
15.5.7	CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	R\$ 250,00
15.5.8	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E BAÇO	R\$ 400,00
15.5.9	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E V BILIARES	R\$ 450,00
15.5.10	CINTILOGRAFIA P/ DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA ATIVA	R\$ 455,00
15.5.11	CINTILOGRAFIA P/ DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA NÃO ATIVA	R\$ 650,00
15.5.12	CINTILOGRAFIA P/ DETERM. DO TEMPO DE ESWAZIAMENTO GÁSTRICO	R\$ 365,00
15.5.13	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO	R\$ 335,00

	(LÍQUIDOS)	
15.5.14	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDOS)	R\$ 335,00
15.5.15	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	R\$ 250,00
15.5.16	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 360,00
15.5.17	CINTILOGRAFIA P/ FLUXO SANGUÍNEO HEPÁTICO QUALITATIVO E QUANTITATIVO	R\$ 310,00
15.5.18	CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO COM IODO-123	R\$ 320,00
15.5.19	CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO COM IODO-131	R\$ 230,00
15.5.20	CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO COM TECNÉCIO 99m Tc	R\$ 205,00
15.5.21	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREOIDES	R\$ 1.115,00
15.5.22	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	R\$ 430,00
15.5.23	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO	R\$ 520,00
15.5.24	CINTIL. ESTÁTICA (QUALITATIVA OU QUANTITATIVA)	R\$ 400,00
15.5.25	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 420,00
15.5.26	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 395,00
15.5.27	CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	R\$ 440,00
15.5.28	FLUXO SANGUÍNEO ÓSSEO	R\$ 295,00
15.5.29	CINTILOGRAFIA CEREBRAL	R\$ 370,00
15.5.30	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUORDEOXIGLICOSE (FDG – FLUOR - 18)	R\$ 2.500,00
15.5.31	CISTERNOCINTILOGRAFIA	R\$ 650,00
15.5.32	CISTERNOCINTILOGRAFIA PAR PESQUISA DE FÍSTULA LIQUÓRICA	R\$ 650,00
15.5.33	CINTILOGRAFIA DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	R\$ 300,00
15.5.34	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL	R\$ 1.500,00
15.5.35	CINTIL. COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA (SNC)	R\$ 8.190,00
15.5.36	CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67	R\$ 1.140,00
15.5.37	CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS	R\$ 2.230,00
15.5.38	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 370,00
15.5.39	CINTILOGRAFIA DE QUANTIFICAÇÃO PULMONAR COM GALIO-67	R\$ 850,00
15.5.40	CINTILOGRAFIA PULMONAR - INALAÇÃO	R\$ 400,00
15.5.41	CINTILOGRAFIA PULMONAR - PERFUSÃO	R\$ 500,00
15.5.42	PET DEDICADO ONCOLÓGICO (INCLUSO FÁRMACO+MAT/MED+HONORÁRIO)	R\$ 3.890,00
15.5.43	PET PSMA	R\$ 5.400,00
15.5.44	PET COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA (INCLUSO FÁRMACO + MAT/MED + HONORÁRIO)	R\$ 5.161,85
15.5.45	PACOTE ANESTESISTA - RX, US, TC, RM OU MN (REFERENCIA 60 MINUTOS)	R\$ 300,00
15.6	RADIOGRAFIAS E OUTROS MÉTODOS DE IMAGEM ODONTOLÓGICOS	
15.6.1	PANORÂMICA COM LAUDO	R\$ 50,00

15.6.1.1	LAUDO DE RAIIO-X PANARÂMICO	R\$ 12,50
15.6.2	PANORÂMICA PARA IMPLANTE	R\$ 50,00
15.6.3	PANORÂMICA PARA SEIO MAXILAR	R\$ 55,00
15.6.4	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO E ANÁLISE	R\$ 60,00
15.6.5	ATM (DUAS POSIÇÕES: BOCA ABERTA/FECHADA)	R\$ 90,00
15.6.6	PERIAPICAL (CADA)	R\$ 12,00
15.6.6.1	LAUDO RAIIO-X PERIAPICAL UNITÁRIO	R\$ 2,00
15.6.7	PERIAPICAL TOTAL (ARCOS COMPLETOS)	R\$ 120,00
15.6.7.1	LAUDO RAIIO-X PERIAPICAL SÉRIE COMPLETA	R\$ 12,50
15.6.8	INTERPROXIMAL (CADA)	R\$ 12,00
15.6.9	OCLUSAL (CADA)	R\$ 20,00
15.6.10	CARPAL COM ANÁLISE (PUNHO E MÃO)	R\$ 40,00
15.6.11	FOTOGRAFIAS (CADA)	R\$ 6,00
15.6.12	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA (MODELOS, 08 FOTOGRAFIAS, PASTA, PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA, RX BITE-WING DE PRÉ-MOLARES E MOLARES, RX PERIAPICAL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES, CAIXA PLÁSTICA E CD)	R\$ 200,00
15.6.13	DOCUMENTAÇÃO EM 3D (EXAMES TOMOGRÁFICOS, 8 FOTOS, CD E MODELO)	R\$ 320,00
15.6.14	DOCUMENTAÇÃO EM 3D RESUMIDA (EXAMES TOMOGRÁFICOS, 06 FOTOS E CD)	R\$ 300,00
15.6.15	DOCUMENTAÇÃO EM 3D RESUMIDA + PROTOCOLO SEG	R\$ 490,00
15.6.16	DOCUMENTAÇÃO 3D + PROTOCOLO SEG	R\$ 480,00
15.6.17	MODELO DE ESTUDO COM BÓRAX	R\$ 40,00
15.6.18	MODELO DE ESTUDO SEM BÓRAX	R\$ 40,00
15.6.19	MODELO DE TRABALHO	R\$ 35,00
15.6.20	ANÁLISE FACIAL	R\$ 12,00
15.6.21	TOMOGRAFIA DE 1 ELEMENTO	R\$ 160,00
15.6.22	TOMOGRAFIA DE 2 OU 3 ELEMENTOS	R\$ 200,00
15.6.23	TOMOGRAFIA MAXILA COMPLETA	R\$ 250,00
15.6.24	TOMOGRAFIA MANDIBULAR COMPLETA	R\$ 250,00
15.6.25	TOMOGRAFIA MAXILA E MANDÍBULA COMPLETA	R\$ 470,00
15.6.26	TOMOGRAFIA ATM (DUAS POSIÇÕES: BOCA ABERTA/FECHADA)	R\$ 250,00
15.6.27	TOMOGRAFIA ÓRBITA COM RECONSTRUÇÃO	R\$ 380,00
15.6.28	TOMOGRAFIA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO	R\$ 380,00
15.6.29	LAUDO DE TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA	R\$ 45,00
15.7	OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS DE IMAGEM	
15.7.1	ESCORE DE CÁLCIO CORONARIANO (acrescentar o pacote de mat/med)	R\$ 378,65
15.7.2	PACOTE ANESTESIA – RX, US, TC, RM OU MN (REFERÊNCIA 60 MINUTOS)	R\$ 310,50
16	PACOTES DE RADIOTERAPIA	

16.1	Betaterapia (placa de estrôncio) - por campo, por sessão	R\$ 40,00
16.2	Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 15.000,00
16.3	Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 17.000,00
16.4	Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou de mais de quatro isocentros - por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 20.000,00
16.5	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) – por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 27.000,00
16.5.1	Radioterapia Estereotática Fracionada ou Extracraniana(SBRT) Incluso no pacote: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional(da área a ser tratada), filmes de verificação, colimação individual estão incluídos no valor do procedimento principal)4 Valor total independente do nº de sessões após o planejamento – início ao fim da radioterapia	R\$25.000,00
16.6	Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com acelerador Linear – por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 20.000,00
16.7	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons - por campo, por sessão	R\$ 100,00
16.8	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear só com Fótons - por campo, por sessão	R\$ 95,00
16.8.1	Radioterapia Estereotática fracionada corpórea ou extracraniana(SBRT)-POR TRATAMENTO	R\$ 25.000,00
16.9	Radioterapia de Meio Corpo (HBI) - por dia de tratamento	R\$ 450,00
16.10	Radioterapia Externa de Ortovoltagem (Roentgenterapia)- por campo, por sessão	R\$ 40,00
16.11	Colimação individual – 1por incidência planejada	R\$ 335,00
16.12	Filme de verificação (cheque-filme) -1 por incidência planejada/semana – filme a parte	R\$ 40,00
16.13	Planejamento de tratamento computadorizado – 1 por volume tratado	R\$ 500,00
16.14	Planejamento de tratamento computadorizado tridimensional – 1 por volume tratado	R\$ 1.800,00
16.15	Planejamento de tratamento simples (não computadorizado) – 1 por volume tratado	R\$ 320,00

16.16	Simulação de tratamento complexa (com tomografia e com contraste) – 1 por volume tratado	R\$ 440,00
16.17	Simulação de tratamento intermediária (com tomografia) – 1 por volume tratado	R\$ 340,00
16.18	Simulação de tratamento simples (sem tomografia computadorizada) – 1 por volume tratada	R\$ 250,00
16.19	Sistemas de imobilização - cabeça (márcaras) ou membros – 1 por tratamento	R\$ 245,00
16.20	Sistemas de imobilização – tórax, abdome ou pélvis – 1 por tratamento	R\$ 730,00
16.21	Braquiterapia endoluminal de alta taxa de dose (BATD) – por inserção	R\$ 3.200,00
16.22	Braquiterapia intersticial de alta taxa de dose (BATD) – por inserção	R\$ 3.200,00
16.23	Braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose (BATD) por inserção	R\$ 3.200,00
16.24	Filme de verificação (cheque filme) de braquiterapia – 2 por inserção – filme à parte	R\$ 40,00
16.25	Colocação ou retirada dos catéteres – 1 colocação e 1 retirada por inserção	R\$ 730,00
16.26	Planejamento computadorizado de braquiterapia – 1 por inserção	R\$ 500,00
16.27	Planejamento computadorizado tridimensional de braquiterapia – 1 por inserção	R\$ 1.885,00
16.28	Simulação de braquiterapia – 1 por inserção	R\$ 430,00
17	ASSISTÊNCIA EM PRONTO SOCORRO ADULTO ATÉ 6H, PARA HOSPITAIS E CLÍNICAS NÃO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE	
	Composição do pacote Adulto - Consulta Médica inclusive em horário especial; Todas as taxas; Serviços de enfermagem e equipamentos; Todos os materiais com custo unitário igual ou inferior a R\$ 50,00; Todos os medicamentos com custo unitário/dose igual ou inferior a R\$ 50,00; Gasoterapia/nebulizações; Exames diagnósticos laboratoriais: hemograma, glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, magnésio, plaquetas, bilirrubinas, EAS, B-HCG, amilase, gasometria, PCR, leucócitos, hematócrito, eritrograma, leucograma, mioglobulina, CKMB, TGO, TGP e troponina; Exames radiológicos por imagem (todos os Raios X); Eletrocardiograma; Curativos simples (exceto curativos especiais e de queimados); Roupas e todos os descartáveis para assepsia e antisepsia; Todos os equipamentos de proteção individual; Taxa de sala de gesso; e Taxa de sala de Imobilização não Gessada. Exclusões: - Honorários médicos: parecer de especialista e procedimentos; Exames laboratoriais não descritos acima; Materiais e medicamentos com valores unitários iguais ou superiores a R\$ 50,00 serão cobrados mediante justificativa (médica/enfermagem) da utilização; Exames especializados de imagem: ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ecocardiograma, endoscopia, broncoscopia, etc; Dietas e suplementos de qualquer natureza e alimentação do acompanhante; Marca-passo temporário; Sangue e hemocomponentes; Despesas com internação, remoção e hemodinâmica; e Despesa com telefonia e frigobar. Condições de atendimento - Atendimentos em Pronto-Socorro adulto e pediátrico (idade superior	R\$ 200,00

	a 14 anos); - Não será cobrado novo pacote caso o paciente retorne ao atendimento no mesmo dia/mesmo plantão médico e mesma sintomatologia	
18	PACOTES DE PSIQUIATRIA OBS: No caso de hospital/dia, não está coberto despesas relativas a gastos pessoais dos pacientes, tais como material de higiene individual.	
18.1	Diária integral global apartamento (hotelaria, alimentação, honorários de equipe terapêutica: pedagoga, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social músico terapeuta, psicólogo, nutricionista e demais profissionais da área de saúde necessários para o tratamento, medicações e materiais com valores até R\$250,00, taxas e diárias . Excluso : honorário médico	R\$ 517,00
18.2	Diária integral global enfermaria (hotelaria, alimentação, honorários de equipe terapêutica: pedagoga, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social músico terapeuta, psicólogo, nutricionista e demais profissionais da área de saúde necessários para o tratamento, medicações e materiais com valores até R\$250,00, taxas e diárias . Excluso : honorário médico	R\$ 501,25
18.3	Diária integral global apartamento (hotelaria, alimentação, honorários de equipe terapêutica: pedagoga, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social, nutricionista, músico terapeuta e demais profissionais da saúde que sejam necessários para o tratamento do paciente, exceto outras especialidades médicas). Inclui honorários médicos(visita do psiquiatra), medicações e materiais com valores até R\$250,00, taxas e diárias	R\$ 540,00
18.4	Diária integral global enfermaria (hotelaria, alimentação, honorários de equipe terapêutica: pedagoga, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social , nutricionista, músico terapeuta e e demais profissionais da saúde que sejam necessários para o tratamento do paciente, exceto outras especialidades médicas). Inclui honorários médicos(visita do psiquiatra), medicações e materiais com valores até R\$250,00 taxas e diárias .	R\$ 525,00
18.5	Diária integral global Day Clinic apartamento (hotelaria, alimentação, honorários de equipe terapêutica: pedagoga, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social e músico terapeuta). Inclui honorários médicos(visita do psiquiatra), medicações e materiais com valores até R\$250,00.	R\$ 239,30
18.6	Diária integral global Day Clinic enfermaria (hotelaria, alimentação, honorários de equipe terapêutica: pedagoga, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social e músico terapeuta). Inclui honorários médicos(visita do psiquiatra), medicações e materiais com valores até R\$250,00.	R\$ 187,70
18.7	Diária de Acompanhante (para pacientes que necessitem da presença de acompanhantes exigidos por Lei ou por Prescrição médica, mediante autorização prévia. Abrange despesas de hotelaria, café da manhã, almoço e jantar)	R\$ 88,95
18.8	Visita médica (em caso de não utilizar a Diária Integral	R\$ 150,00

18.9	Atendimento médico de urgência, incluso medicações, materiais com valores até R\$250,00, taxa de observação e taxa de aplicação de medicamentos	R\$ 200,00
18.10	Taxa de sala de observação (após 6h, referente a atendimento de urgência)	R\$ 58,05
18.11	Taxa de curativo: para pacientes internados que necessitam de curativos em feridas. Estão incluídos nesse procedimento a utilização de materiais como gaze, soro fisiológico, luvas de procedimento e cirúrgica, atadura, esparadrapo ou micropore e óleo de girassol.	R\$ 47,60
18.12	Visita do nutricionista	R\$ 67,35
18.13	Visita do psicólogo	R\$ 90,00
18.14	Consulta eletiva em psiquiatria	R\$ 180,30
18.15	TAXA COMERCIALIZAÇÃO MATERIAIS DESCARTÁVEIS: - Serão pagos de acordo com o guia SIMPRO, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado do Rio Grande do Norte.	Preço de Fábrica
18.16	TAXA COMERCIALIZAÇÃO MEDICAMENTOS : - Serão pagos de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado do Rio Grande do Norte. De uma forma geral será pago o medicamento genérico, de menor valor, pela tabela BRASÍNDICE	Preço de Fábrica
19	PACOTES DE OFTALMOLOGIA- Para procedimentos cirúrgicos múltiplos e simultâneos, considerar um pacote 100 e os demais a 50% ou a formatação da conta como aberta. Para comprovação dos medicamentos de alto custo para injeção intra vítrea e da lente intra ocular e de demais materiais de alto custo, ou seja superior a R\$500,00, deverá ter a etiqueta do medicamento ou material apensa à conta, além do descritivo do ato cirúrgico .	
19.1	Angiofluoresceinografia (monocular)	R\$ 100,00
19.2	Biometria (monocular)	R\$ 70,00
19.3	Calázio (monocular)	R\$ 440,00
19.4	Campimetria (monocular)	R\$ 60,00
19.5	Capsulotomia (cada olho)	R\$ 260,00
19.6	Ceratoscopia (monocular)	R\$ 60,00
19.7	Cirurgia com sutura ajustável (monocular)	R\$ 415,00
19.8	Cirurgia Antiglaucomatosa (monocular)	R\$ 1.700,00
19.9	Cirurgia de entrópio e de ectrópio (cada olho)	R\$ 1.400,00
19.10	Cirurgia Refrativa (monocular)	R\$ 2.000,00
19.11	Consulta	R\$ 85,00
19.12	Curativo	R\$ 25,00
19.13	Curva tensional diária (binocular)	R\$ 70,00
19.14	Correção de Ptose Palpebral Superior (não estética) (monocular)	R\$ 1.500,00
19.15	Cross Linking (monocular)	R\$ 2.000,00
19.16	Dacriscistorinostomia com ou sem intubação (monocular)	R\$ 1.300,00
19.17	Delaminação corniana (monocular)	R\$ 1.300,00
19.18	Denervação percutânea da faceta articular (monocular)	R\$ 1.200,00

19.19	Enucleação ou Evisceração (monocular)	R\$ 4.200,00
19.20	Epilação de Cílios,Diatermoreulação (monocular)	R\$ 250,00
19.21	Exérese de Tumor de Conjuntiva (monocular)	R\$ 600,00
19.22	Exérese de Tumor de Órbita (monocular)	R\$ 1.200,00
19.23	Exérese de Tumor de Pálpebra (monocular)	R\$ 430,00
19.24	Facectomia(monocular)com implante LIO (lente nacional) em OCS	R\$ 2.100,00
19.25	Facectomia (monocular) com implante LIO (lente nacional) em OCS, excluído honorário médico	R\$ 1.300,00
19.26	Fotocoagulação a Laser (monocular)	R\$ 220,00
19.27	Gonioscopia (binocular)	R\$ 20,00
19.28	Goniotomia (monocular)	R\$ 750,00
19.29	Implante de Anel Intra-estromal (Anel de Ferrari)(inclui o anel) (monocular)	R\$ 2.800,00
19.30	Mapeamento de Retina (monocular)	R\$ 50,00
19.31	Microscopia especular (monocular)	R\$ 50,00
19.32	Paquimetria (monocular)	R\$ 60,00
19.33	Potencial de acuidade visual (monocular)	R\$ 25,00
19.34	Pterígio com Transplante (monocular)	R\$ 600,00
19.35	Pterígio sem Transplante (monocular)	R\$ 400,00
19.36	Reconstrução da câmara anterior (monocular)	R\$ 700,00
19.37	Remoção de Hifema (monocular)	R\$ 480,00
19.38	Retinografia (monocular)	R\$ 50,00
19.39	Sutura de Córnea (monocular)	R\$ 1.600,00
19.40	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Avastin ® (monocular)	R\$ 1.000,00
19.41	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Eylea ® (monocular)	R\$ 3.700,00
19.42	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Lucentis ® (monocular)	R\$ 3.700,00
19.43	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Ozurdez ®(monocular)	R\$ 3.900,00
19.44	Teste e adaptação de lente de contato (binocular)	R\$ 25,00
19.45	Teste Ortóptico(binocular)	R\$ 100,00
19.46	Tomografia - OCT (monocular)	R\$ 235,00
19.47	Triquíase com ou sem enxerto (monocular)	R\$ 1.400,00
19.48	Tonometria (binocular)	R\$ 16,00
19.49	Vitrectomia anterior (monocular)	R\$ 1.300,00
19.50	Vitrectomia com retirada de silicone (monocular)	R\$ 4.700,00
19.51	Vitrectomia Pars Plana (monocular)	R\$ 4.200,00
19.52	Vitrectomia Pars Plana (monocular) com kit básico + infusão de perfluorcarbono + retinopexia	R\$ 5.500,00
19.53	Vitrectomia Pars Plana (monocular) com kit básico + implante de silicone intravítreo	R\$ 5.500,00
19.54	Xantelasma palpebral – ressecção (monocular)	R\$ 600,00

20	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	
20.1	Sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica OBS: Estão inclusos no pacote o custo da sessão propriamente dita, honorários de toda a equipe médica, custo com oxigênio e demais custos operacionais envolvidos. Precede envio da programação terapêutica discriminando quantas sessões serão necessárias para o tratamento até a posterior reavaliação.	R\$ 450,00
21	GASTROENTEROLOGIA E CIRURGIA GERAL.	
	1- Os procedimentos cirúrgicos que são feitos no momento do procedimento diagnóstico devem ser pagos separadamente, o de maior valor 100% e o de menor valor a 50% por serem procedimentos realizados pela mesma via de acesso. 2- Nos portes dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas pela mesma via de acesso, a valoração destes atos obedecerá ao item 4.1 das Instruções Gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.(instruções CBHPM)	
21.1	Observação: Quando os exames endoscópicos forem realizados no HGuN será pago apenas o correspondente ao honorário médico pela tabela CBHPM 2014	CPHPM 2014
21.2	Endoscopia Digestiva Alta Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.	R\$ 400,00
21.3	Endoscopia Digestiva Alta Hospitalar (OCS) Incluso: Honorários médicos ; Taxa de sala de endoscopia/CC, taxa de recuperação pósanestésica; Serviços de enfermagem ; Taxas de uso de equipamentos (inclusive vídeo endoscópio); Gases medicinais ; Materiais descartáveis ; Medicamentos em geral (inclusive anestésicos) Itens excluídos : Diárias ; Honorários anestesiológicos; Medicamentos especiais e de alto custo; Alça de ressecção; Cápsula endoscópica e demais materiais especiais; SADTs de de qualquer natureza; Outros Honorários médicos por via endoscópica. Honorário, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.	R\$ 968,10
21.4	Endoscopia Digestiva Alta Hospitalar com remoção do aparelho (para procedimentos realizados no HGuN) Incluso: Honorários médicos ;Taxa de sala de endoscopia/CC, taxa de recuperação pós anestésica;Serviços de enfermagem ; Taxas de uso de equipamentos (inclusive vídeo endoscópio); Taxa de remoção do aparelho, Gases medicinais ; Materiais descartáveis ; Medicamentos em geral (inclusive anestésicos)	R\$ 1.030,00

	Itens excluídos : Diárias ; Honorários anestesiológicos; Medicamentos especiais e de alto custo;Alça de ressecção;Cápsula endoscópica e demais materiais especiais;SADTs de qualquer natureza;Outros Honorários médicos por via endoscópica;Honorário, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.	
21.5	Endoscopia Digestiva Alta com biópsia ou teste da urease (ambulatorial) Incluso: Honorário, pinça autoclavável, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.	RS 430,00
21.6	Endoscopia Digestiva Alta com biópsia e teste da urease Incluso: Honorário, pinça autoclavável e aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.(AMBULATORIAL)	R\$ 430,00
21.7	Endoscopia Digestiva Alta com retirada de corpo estranho (Hospitalar)(OCS) Incluso: Honorário, pinça autoclavável, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.(hospitalar)	R\$ 770,00
21.8	Endoscopia Digestiva Alta com passagem de SNE (hospitalar) (OCS) Incluso: Honorário, pinça autoclavável, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.(hospitalar)	R\$ 740,00
21.9	Endoscopia Digestiva Alta com cromoscopia e biópsia Incluso: Honorário, corantes, pinça autoclavável, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.(ambulatorial)	R\$ 625,00
21.10	Endoscopia Digestiva Alta com cromoscopia, magnificação de imagem e biópsia hospitalar Incluso: Honorário, pinça autoclavável, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.	R\$ 720,00
21.11	Endoscopia Digestiva Alta com mucosectomia hospitalar Incluso: Honorário, pinça autoclavável, aluguel do aparelho, todos os mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora.	R\$ 1.290,00
21.12	Endoscopia Digestiva Alta com dilatação esofágica ou gástrica e biópsia hospitalar Incluso: Honorário, pinça autoclavável, aluguel do aparelho, todos os	R\$ 770,00

	mat/med necessários e taxas. OBS.: Em situações especiais, em caso de haver necessidade de anestesista, será necessário justificativa por laudo médico, sendo o anestésico (propofol) cobrado por fora (hospitalar)	
21.13	EDA/COLONO paciente ambulatorial, realizada na OMS, valor somente referente a honorários médicos.	CBHPM 2014
21.14	Polipectomia de esôfago, estômago ou duodeno Incluso: Taxas, todo o material descartável e medicamentos inerentes ao ato, independente da quantidade de pólipos.	R\$ 780,00 Com EDA
21.15	Ligadura elástica para hemorragia digestiva hospitalar Incluso: O pacote inclui kit + Endoscopia alta + Ligadura elástica + Taxa de remoção do aparelho (Não contempla anestesista)	R\$ 2.870,00
21.16	Gastrostomia Endoscópica hospitalar. Incluso: Honorário da endoscopia, honorário da gastrostomia, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos e o Kit de gastrostomia. Obs: procedimento preferencialmente realizado no HguN. (valor total)KIT R\$ 1.450,00Passagem R\$ 380,00EDA R\$ 380,00 Aparelho R\$650,00	R\$ 3.009,55
21.17	Anuscopia Incluso: Honorário, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 40,00
21.18	Dilatação digital do Anus Incluso: Honorário, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 100,00
21.19	Ligadura hemorróida Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 75,00
21.20	Retosigmoidoscopia RÍGIDA Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 350,00
21.21	Retosigmoidoscopia FLEXÍVEL Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 335,00
21.22	Retosigmoidoscopia FLEXÍVEL com biópsias Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, pinça autoclavável para biópsias, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 335,00
21.23	Retosigmoidoscopia FLEXÍVEL com Polipectomias Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, pinça autoclavável para biópsias, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 340,00
21.24	Colonoscopia sem biópsia. Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 635,00
21.25	Colonoscopia com biópsias. Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, pinça autoclavável, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos.	R\$ 650,00

21.26	Colonoscopia com cromoscopia e biópsias. Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, pinça autoclavável, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 1.000,00
21.27	Colonoscopia com cromoscopia, magnificação e biópsias. hospitalar Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos e pinça autoclavável	R\$ 1.157,53
21.28	Colonoscopia com mucosectomia hospitalar. Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 1.200,00
21.29	Polipectomia de cólon Incluso: Taxas, todo o material descartável e medicamentos inerentes ao ato, independente da quantidade de pólipos.	R\$ 1.210,10 Com colono
21.30	COLONOSCOPIA (INTRA-HOSPITALAR) (OCS). Incluso: -Honorários Médicos;Taxa de sala de colonoscopia;Taxa de recuperação pós anestésica; Serviços de enfermagem;Taxas de uso de equipamentos (inclusive vídeo colonoscópio);Gases medicinais;Materiais descartáveis; e Medicamentos em geral (inclusive anestésicos) Excluso: -Diárias;Honorários Anestesiológicos;Medicamentos especiais / alto custo;Alça de ressecção; Cápsula endoscópica e demais materiais especiais;SADTs de qualquer natureza; e Outros HMs de procedimentos por via endoscópica.	R\$ 1.210,10
21.31	COLONOSCOPIA (INTRA-HOSPITALAR com remoção do aparelho) (OCS). Incluso: -Honorários Médicos;Taxa de sala de colonoscopia;Taxa de recuperação pós anestésica;Serviços de enfermagem;Taxas de uso de equipamentos (inclusive vídeo colonoscópio); Taxa de remoção do aparelho;Gases medicinais;Materiais descartáveis; e Medicamentos em geral (inclusive anestésicos) Excluso: -Diárias;-Honorários Anestesiológicos;Medicamentos especiais / alto custo;Alça de ressecção; Cápsula endoscópica e ddemais materiais especiais;SADTs de qualquer natureza; e Outros HMs de procedimentos por via endoscópica.	R\$ 1.365,00
21.32	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Pacote: Honorário cirurgião + taxa de vídeo + Auxiliar + Instrumentador. - O Pacote inclui a CPRE R\$ 1.100,00 + Papilotomia Endoscopica R\$ 1.500,00 + Taxa de vídeo R\$ 750,00. Excluso: OPME, honorários anestesiológicos, parte hospitalar	R\$ 3.554,50
21.33	MATERIAS EXTRA PACOTES	
21.33.1	CLIP	R\$ 94,71
21.33.2	CLIP COM CLIPADOR DESCARTÁVEL	R\$ 526,15
21.33.3	ALÇA SIMÉTRICA	R\$ 157,85
21.33.4	ALÇA COM REDE	R\$ 736,61
21.33.5	AGULHA DE ESCLEROSE	R\$ 178,89
21.33.6	INJETOR DE ESCLEROSE	R\$ 157,85
21.33.7	PINÇA DESCARTÁVEL	R\$ 47,35

21.33.8	KIT LIGADURA ELÁSTICA PARA VARIZES DE ESÔFAGO	R\$ 1.052,30
21.34	10-Gastroplastia (Redução do Estômago). Pacote de honorários médicos. Incluso: Taxas, honorários e materiais cirúrgicos especiais (01 Grampeador, laparoscópico, 04 cargas azuis e 03 brancas, dreno de blacke e reservatório tipo pera, Tesoura Ultrassônica). Obs: procedimento preferencialmente realizado no HGuN.	R\$ 13.000,00
21.34.1	10.1 - Gastroplastia (Redução do Estômago). Pacote de honorários médicos. Incluso: Taxas, honorários e materiais cirúrgicos especiais (01 Grampeador, laparoscópico, 04 cargas azuis e 03 brancas, dreno de blacke e reservatório tipo pera), Obs: procedimento preferencialmente realizado no HGuN. Deverá ser utilizado este Pacote de honorários quando for verificado a não utilização da Tesoura Ultrassônica.	R\$ 11.000,00
22	PACOTES DE CIRURGIA UROLÓGICA	
22.1	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA COM/SEM DUPLO J: Incluso: 01 (uma) diária de apto/ enfermaria, taxa de sala e equipamentos, gases medicinais, materiais descartáveis, OPMEs e medicamentos; Excluído: honorários médicos e taxa de vídeo	R\$ 7.262,75
22.2	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL/ DILATAÇÃO/COLOCAÇÃO E RETIRADA DE DUPLO J: Incluso: 01 (uma) diária de apto/ enfermaria, taxa de sala e equipamentos, gases medicinais, materiais descartáveis, OPMEs e medicamentos; Excluído: honorários médicos e taxa de vídeo	R\$ 10.241,00
23	HOSPITAL GERAL, PEDIÁTRICO E MATERNIDADE COM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (para procedimentos referentes à ginecologia , obstetrícia e pediatria, considerar os pacotes abaixo. Para os demais, considerar a composição e valoração da classificação Hospital Tipo I)	
23.1	TAXAS DE COMERCIALIZAÇÃO PRODUTOS	
23.1.1	Medicamentos	Brasíndice + 7,5 % PF
23.1.2	Medicamentos de uso restrito Hospitalar	Brasíndice + 7,5 % PF
23.1.3	Medicamentos não constante na Brasília	Nota Fiscal + 7,5 %
23.1.4	Medicamentos Quimioterápicos	Brasíndice + 7,5 %
23.1.5	Materiais de Consumo	SIMPRO + 7,5%
23.1.6	Dietas enterais	Tabela própria
23.1.7	Dietas parenterais	Tabela própria
23.1.8	Dispositivos Médicos Implantáveis e Materiais especiais	Conforme itens 9.14 e 9.15 deste ANEXO
23.2	Composição do pacote de consulta de urgência Pediátrico e Ginecologia/Obstetrícia: incluso: - consultas de Urgência,taxas de enfermagem , taxas de utilização de materiais, demais taxas de serviços, materiais descartáveis, medicamentos até R\$ 200,00 a dose unitária, exames	R\$ 300,00

	básicos(SADT, simples, radiográficos). Todas as USG e Eletrocardiograma . Excluso: - exames especiais, materiais especiais, DMI, medicamentos de alto custo (acima de R\$ 200,00 a dose unitária), pareceres de especialistas, hemocomponentes e hemoderivados, tomografia e ressonância e ecocardiograma .	
23.3	Composição do pacote de consulta de urgência adulto : Incluso: - consultas de Urgência,taxas de enfermagem , taxas de utilização de materiais, demais taxas de serviços, materiais descartáveis, medicamentos até R\$ 200,00 a dose unitária, exames básicos(SADT, simples, radiográficos). Todas as USG e Eletrocardiograma . Excluso: - exames especiais, materiais especiais, DMI, medicamentos de alto custo (acima de R\$ 200,00 a dose unitária) , pareceres de especialistas, hemocomponentes e hemoderivados, tomografia e ressonância e ecocardiograma .	R\$ 250,00
23.4	PACOTES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI PEDIÁTRICA. (Assistência geral – UTI Pediátrica): Incluso: Diária de UTI Pediátrica, honorários do plantonista, evolucionista, acompanhamento de: fisioterapia,fonoaudiologia,nutrição/nutrólogo, taxas de enfermagem, taxas de utilização de materiais, demais taxas de serviços, materiais descartáveis, medicamentos até R\$200,00 a dose unitária , gases medicinais , exames laboratoriais simples de rotina de UTI, Eletrocardiograma e USG. Excluso: parecer médico, procedimentos médicos, exames de alta complexidade, dietas enterais e parenterais,quimioterapia, imunobiológicos, medicamentos de alto custo(acima de R\$ 200,00 a dose/unitária) , DMI, materiais especiais, tomografia , ressonância e ecocardiograma .	R\$ 4.500,00
23.5	PACOTES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI ADULTO Incluso: Diária de UTI , honorários do plantonista, evolucionista, acompanhamento de: fisioterapia,fonoaudiologia,nutrição/nutrólogo, taxas de enfermagem, taxas de utilização de materiais, demais taxas de serviços, materiais descartáveis de consumo, medicamentos até R\$200,00 a dose unitária, gases medicinais, exames laboratoriais simples de rotina de UTI, Eletrocardiograma e USG. Excluso: parecer médico, procedimentos médicos, exames de alta complexidade, dietas enterais e parenterais,quimioterapia, imunobiológicos, DMI, materiais especiais, medicamentos de alto custo(acima de R\$ 200,00 a dose/unidade , tomografia , ressonância e ecocardiograma .	R\$ 3.500,00
23.6	PACOTES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI NEONATAL. (Assistência geral – UTI Neonatal): Incluso: Diária de UTI Pediátrica, honorários do plantonista, evolucionista, acompanhamento de:fisioterapia,fonoaudiologia,nutrição/nutrólogo,taxas de enfermagem, taxas de utilização de materiais, demais taxas de serviços, todos os materiais descartáveis e de consumo, medicamentos até R\$200,00 a dose unitária, gases medicinais , exames laboratoriais simples de rotina de UTI, Eletrocardiograma e USG, Pronga e Kit para CPAP nasal e VNI, equipos de bomba de infusão,catéter umbilical,catéter central de inserção periférica (PICC),	R\$ 5.000,00

	óculos de proteção para fototerapia. Excluso: parecer médico, procedimentos médicos, exames de alta complexidade, dietas enterais e parenterais, quimioterapia, imunobiológicos, medicamentos de alto custo (acima de R\$ 200,00 a dose unitária)DMI, materiais especiais, tomografia , ressonância e ecocardiograma .	
23.7	PACOTES DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA EM APARTAMENTO Incluso: diárias hospitalares, ultrassonografia, acompanhamento com: fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista/nutrólogo, gasoterapia, todo o material descartável e de consumo, medicamentos (dose/unid inferior ou igual a R\$ 200,00)e alimentação de acompanhante, catéter PICC. Excluso: parecer médico, visitas médicas, exames de alta complexidade, dietas enterais e parenterais, medicamentos (dose/unid maior que R\$ 200,00), DMI e materiais especiais.	R\$ 1.500,00
23.8	PACOTES DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA EM ENFERMARIA Incluso: diárias hospitalares, ultrassonografia, acompanhamento com: fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista/nutrólogo, gasoterapia, todo o material descartável e de consumo, medicamentos (dose/unid inferior ou igual a R\$ 200,00)e alimentação de acompanhante. Excluso: parecer médico, visitas médicas, exames de alta complexidade, dietas enterais e parenterais, medicamentos (dose/unid maior ou igual a R\$ 200,00), DMI e materiais especiais .	R\$ 1.000,00
23.9	PACOTES CIRÚRGICOS EM OBSTETRÍCIA Incluso: diárias, materiais, taxas equipamentos utilizados em centro cirúrgico, exames laboratoriais simples (Uréia, creatinina, TGO, TGP, T3, T4, TSH, Plaquetas, magnésio, hemograma, PCR, sódio, potássio, glicose, exames radiográficos, ECG e ultrassonografias. Excluso: exames especiais, tomografias, honorários médicos para procedimentos e pareceres, procedimentos que necessitem de reintervenção cirúrgica, acomodação em UTI, medicamentos (dose/unid maior que R\$ 216,00) , sistema de vídeo, DMI e materiais especiais.	
23.9.1	Parto cesárea (apartamento) – 02 diárias hospitalares	R\$ 6.000,00
23.9.2	Parto cesárea (enfermaria) – 02 diárias hospitalares	R\$ 5.500,00
23.9.3	Parto normal (apartamento) – 02 diárias hospitalares	R\$ 5.000,00
23.9.4	Parto normal (enfermaria) – 02 diárias hospitalares	R\$ 4.500,00
24	HOSPITAL DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICO E INTERNAÇÃO CLÍNICA PEDIÁTRICA . NÃO POSSUI MATERNIDADE NEM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (para procedimentos referentes à pediatria , considerar os pacotes abaixo. para os demais, não especificados em pacotes, considerar a composição e valoração da classificação Hospital Tipo II)	
24.1	PACOTES DE CONSULTA DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA : Incluso: consultas de urgência, materiais, medicamentos, taxas e exames básicos (SADT, simples, radiográficos. Todas as Ultrassonografias e ECG. Excluso: exames especiais e medicamentos de alto custo (acima de R\$ 200,00), materiais especiais e DMI.	R\$ 290,00
24.2	PACOTES DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA EM APARTAMENTO Incluso: diárias hospitalares, ultrassonografia, acompanhamento	R\$ 1.200,00

	com: fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista/nutrólogo,gasoterapia, material e medicamentos e alimentação de acompanhante. Excluso: parecer médico, visitas médicas, exames de alta complexidade, dietas enterais e parenterais, medicamentos de alto custodose/unid maior ou igual a R\$ 200,0, materiais especiais e DMI.	
24.3	PACOTES DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA EM ENFERMARIA Incluso: diárias hospitalares, ultrassonografia, acompanhamento com: fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista/nutrólogo,gasoterapia, material e medicamentos e alimentação de acompanhante. Excluso: parecer médico, visitas médicas, exames de alta complexidade, dietas enterais e parenterais, medicamentos de alto custodose/unid maior ou igual a R\$ 200,00, materiais especiais e DMI.	R\$ 1.000,00
25	PACOTES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS GERAIS	
25.1	BRONCOSCOPIA Incluso: - Taxa de Sala - Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica - Taxas de Serviços -Taxas de Uso de Equipamentos - Gasoterapia - Materiais Descartáveis - Materiais Especiais (inclusive Broncoscópio Flexível, Pinças e Reservatório Descartável) - Medicamentos Excluso: - Diárias - SADT - Honorários Médicos e Anestesiológicos - Outros não especificados no quadro acima	R\$ 1.300,00
25.2	HISTEROSCOPIA Incluso: toda a parte hospitalar(diária, taxas, materiais, medicamentos, gases medicinais) Excluso: honorários médicos e taxa de vídeo	R\$ 1.700,00
25.3	POSTECTOMIA Incluso : (01) Day clinic,taxas de equipamentos , taxa de sala, materiais descartáveis, medicamentos , exames laboratoriais. Excluso : Diárias excedentes, honorários médicos, anestesista, reoperação, hemoderivados/hemoconcentrados, taxa de vídeo, demais itens não especificados como inclusos.	R\$ 1.500,00
25.4	CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA Incluso : (01) Day clinic,taxas de equipamentos , taxa de sala, materiais descartáveis, medicamentos , exames laboratoriais. Excluso : Diárias excedentes, honorários médicos, anestesista, reoperação, hemoderivados/hemoconcentrados, taxa de vídeo, demais itens não especificados como incluso	R\$ 1.600,00
25.5	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIO POR VIDEO Incluso : (01) diária de apto/enf Taxa de equipamentos	R\$ 4.735,35

	Taxa de sala Materiais descartáveis Medicamentos OPME (trocater e liga clip) Exames laboratoriais Exames de imagem (m RX, USG . TC) Excluso : Diárias excedentes Honorários médicos Anestesista Reoperação Hemoderivados/Hemoconcentrados Taxa de video Demais itens não especificados como incluso	
25.6	COLECISTECTOMIA COM COLANGIO POR VIDEO Incluso : (01) diária de apto/enf Taxa de equipamentos Taxa de sala Materiais descartáveis Medicamentos OPME (trocater e liga clip) Exames laboratoriais Exames de imagem (m RX, USG . TC) Excluso : Diárias excedentes Honorários médicos Anestesista Reoperação Hemoderivados/Hemoconcentrados Taxa de video Demais itens não especificados como incluso	R\$ 5.261,50
26	EXAMES CARDIOLÓGICOS (PACOTES) Serão baseados na Tabela CBHPM 5ª Edição UCO R\$ 11,50, exceto os pacotes descritos.	CBHPM 5ª Edição UCO R\$ 11,50
26.1	Consulta com o cardiologista em consultório.	R\$85,00
26.2	ECG convencional	R\$ 30,00
26.3	Ecocardiograma com estresse farmacológico (incluso mat/med)	R\$ 950,00
26.4	Ecocardiograma com estresse físico	R\$ 360,00
26.5	Ecocardiograma de paciente internado	R\$ 350,00
26.6	Ecocardiograma Fetal	R\$ 230,00
26.7	Ecocardiograma transesofágico	R\$ 530,00
26.8	Ecodoppler carótidas e vertebrais	R\$ 225,00
26.9	Ecodopplercardiograma Transtorácico	R\$ 235,00
26.10	Holter de ECG 24 horas 3 canais digital	R\$ 140,00
26.11	Mapeamento ambulatorial da PA 24 horas	R\$ 120,00
26.12	Teste de inclinação TILT TABLE TEST	R\$ 200,00
26.13	Teste ergométrico	R\$ 110,00
26.14	Teste ergométrico computadorizado	R\$ 85,00
27	PROCEDIMENTOS EM ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL - ARRITMOLOGISTA	

27.1	Implante de Marcapasso provisório a beira do leito	R\$ 989,16
27.2	Implante de Marcapasso provisório epicárdico	R\$ 1.241,71
27.3	Implante de Marcapasso Bicameral	R\$ 4.335,48
27.4	Implante de Marcapasso Unicameral	R\$ 2.767,55
27.5	Implante de Monitor cardíaco implantável	R\$ 941,81
27.6	Recolocação de eletrodo/gerador com ou sem troca de gerador	R\$ 2.767,55
27.7	Parecer de arritmias, para implante de marcapasso ou mesmo opinião para estudo eletrofisiológico	R\$ 310,43
27.8	Troca de Gerador	R\$ 1.494,27
27.9	Plastia de loja de Dispositivo cardíaco eletrônico implantável	R\$ 1.573,19
27.10	Retirada de sistema sem auxílio de dilatador mecânico, laser ou radiofrequência	R\$ 2.630,75
27.11	Remoção de cabo-eletrodo de marcapasso e/ou cárdio-desfibrilador implantável com auxílio de dilatador mecânico, laser ou radiofrequência	R\$ 5.577,19
27.12	Avaliação clínica e eletrônica do paciente portador de marcapasso ou sincronizador ou desfibrilador(DCEI)	R\$ 310,43
27.13	Implante de Cardiodesfibrilador interno, placas e eletrodos	R\$ 9.979,75
27.14	Implante de Marcapasso multissítio(biventricular)	R\$ 10.303,70
27.15	Implante de Marcapasso Biventricular com desfibrilador associado	R\$ 14.797,20
27.16	Cardioversão elétrica eletiva ou urgência(2.02.01.05-2 ou 2.02.04.02-7)	R\$ 626,12
27.17	Drenagem pericárdica (3.09.15.02-9)	R\$ 2.630,75
27.18	Drenagem de hematoma (3.01.01.62-00)	R\$ 336,74
27.19	Estudo eletrofisiológico(cbhpm 3.09.11.04-4, 3.09.11.15-0, 3.09.11.11-7)	R\$ 5.424,61
27.20	Ablação de arritmias convencionais(cbhpm 3.09.11.04-4, 3.09.11.10-9, 3.09.11.11-7, 3.09.11.15-0, 3.09.12.01-6)	R\$ 10.178,30
27.21	Ablação de arritmias complexas(cbhpm 3.09.11.04-4, 3.09.11.10-9, 3.09.11.11-7, 3.09.11.15-0 , 3.09.12.01-6)	R\$ 16.291,55
28	CIRURGIAS CARDIOVASCULARES	
28.1	Cateterismo cardíaco com ou sem aortografia, angiografia de ilíacas com ou sem aortografia, angiografia cerebral, renal, hepática, pulmonar, de membros (valor por procedimento individual). Incluso: Taxa de sala da Hemodinâmica, Taxa de sala de recuperação pós anestésica, Taxas de serviços, Taxas de uso de equipamentos, Assistência de enfermagem, Materiais descartáveis, Materiais especiais, Medicamentos e/ou contrastes Gasoterapia. Exclusos: Diárias extra, Honorários médicos e Anestesiológicos, Hemoderivados, SADTs, Medicamentos especiais e soluções de alto custo. Para procedimentos múltiplos e simultâneos será remunerado o 1º ato em 100% e os demais em 50% cada.	R\$ 2.550,00
28.2	Pacote de Angioplastia Coronária com 01 (um) Stent Farmacológico (exceto Honorário Médico). Incluso: 01 (uma) Diária de UTI e 01 (uma) Diária de Apartamento/Enfermaria, 01 (um) Stent Farmacológico, Taxa de sala da Hemodinâmica, Taxa de sala de recuperação pós anestésica, Taxas de serviços, Taxas de uso de equipamentos, Assistência de enfermagem, Materiais descartáveis, Materiais especiais, Medicamentos e/ou contrastes, Gasoterapia, nebulizações, manta térmica descartável, fisioterapias ,SADT (exames laboratoriais, RX e ECG) .	Enfermaria R\$20.450,00 Apartamento R\$ 21.350,00

	Exclusos: Diárias extras, Honorários médicos e Anestesiológicos, Hemoderivados, SADTs Alto Custo (ECO, EDA, USG, TC, RNM), Medicamentos especiais e soluções de alto custo, Convencionais e Farmacológicos, Estudo Ultrassonográfico Intravascular, Catéter Extrator de Trombos, Filtro de Proteção, Rotablator, Angio-Seal, Reoperações, outros não especificados no quadro acima.	
28.3	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM UM STENT CONVENCIONAL. Pacote de Angioplastia Coronária com 01 (um) Stent convencional (exceto Honorário Médico). Estão incluídos no PACOTE: 01 (uma) Diária de UTI e 01 (uma) Diária de Apartamento/Enfermaria, 01 (um) Stent convencional, Taxa de sala da Hemodinâmica, Taxa de sala de recuperação pós anestésica, Taxas de serviços, Taxas de uso de equipamentos, Assistência de enfermagem, Materiais descartáveis, Materiais especiais, Medicamentos e/ou contrastes, Gasoterapia e nebulizações, manta térmica descartável, fisioterapias SADT (exames laboratoriais, RX e ECG) . Exclusos: Diárias extras, Honorários médicos e Anestesiológicos, Hemoderivados, SADTs Alto Custo (ECO, EDA, USG, TC, RNM), Medicamentos especiais e soluções de alto custo, Convencionais e Farmacológicos, Estudo Ultrassonográfico Intravascular, Catéter Extrator de Trombos, Filtro de Proteção, Rotablator, Angio-Seal, Reoperações, outros não especificados no quadro acima.	Enfermaria R\$ 12.550,00 Apartamento R\$ 13.450,00
28.4	ANGIOPLASTIA CORONARIANA (S/ STENT) Incluso: 01 (uma) Diária de UTI e 01 (uma) Diária de Apartamento/Enfermaria, Taxa de sala da Hemodinâmica, Taxa de sala de recuperação pós anestésica, Taxas de serviços, Taxas de uso de equipamentos, Assistência de enfermagem, Materiais descartáveis, Materiais especiais, Medicamentos e/ou contrastes, Gasoterapia E nebulizações, manta térmica descartável, fisioterapias SADT (exames laboratoriais, RX e ECG) . Excluso: Diárias extras, Honorários médicos e Anestesiológicos, Hemoderivados, SADTs Alto Custo (ECO, EDA, USG, TC, RNM), Medicamentos especiais e soluções de alto custo, Convencionais e Farmacológicos, Estudo Ultrassonográfico Intravascular, Catéter Extrator de Trombos, Filtro de Proteção, Rotablator, Angio-Seal, Reoperações, outros não especificados no quadro acima.	Enfermaria R\$ 10.500,00 Apartamento R\$ 11.100,00
28.5	Pacote de Revascularização do Miocárdio com ou sem CEC. Incluso: 02 (duas) Diárias de UTI e 05 (cinco) Diárias de Apartamento/Enfermaria, refeições do acompanhante (Apartamento/Enfermaria), Taxa de sala cirúrgica, Taxa de sala de recuperação pós anestésica, Taxas de serviços, Taxas de uso de equipamentos, Taxa de aluguéis de equipamentos, Assistência de enfermagem, Materiais descartáveis, Marca-passo provisório, Materiais Especiais-OPME (posicionador de coração, estabilizador de tecidos, Cell Saver, Bio Pump, Swan-Ganz), Medicamentos, soluções (inclusive Custodiol) e contrastes, Gasoterapia e nebulizações, manta térmica descartável, fisioterapias, SADT (exames laboratoriais, RX e ECG). Excluso: Diárias excedentes, Honorários médicos e Anestesiológicos, Hemoderivados, SADTs Alto Custo (ECO, EDA, USG, TC, RNM), válvula biológica ou mecânica, colas biológicas, balão intra-aórtico, broncoscopias, reoperações.	Enfermaria R\$ 37.461,85 Apartamento R\$ 38.142,50
28.6	Pacote de Troca Valvar. Incluso: 02 (duas) Diárias de UTI e 05 (cinco) Diárias de Apartamento/Enfermaria, refeições do acompanhante	Enfermaria R\$ 32.621,30

	(Apartamento/Enfermaria), Taxa de sala cirúrgica, Taxa de sala de recuperação pós anestésica, Taxas de serviços, Taxas de uso de equipamentos, Taxa de aluguéis de equipamentos, Assistência de enfermagem, Materiais descartáveis, Marca-passo provisório, Materiais Especiais-OPME (posicionador de coração, estabilizador de tecidos, Cell Saver, Bio Pump, Swan-Ganz), Medicamentos, soluções (inclusive Custodiol) e contrastes, Gasoterapia e nebulizações, manta térmica descartável, fisioterapias, SADT (exames laboratoriais, RX e ECG). Excluso: Diárias excedentes, Honorários médicos e Anestesiologistas, Hemoderivados, SADTs Alto Custo (ECO, EDA, USG, TC, RNM), válvula biológica ou mecânica, colas biológicas, balão intra-aórtico, broncoscopias, reoperações. - OBSERVAÇÃO: Posicionador e estabilizador não são usados na cirurgia valvar.	Apartamento R\$ 33.440,00
28.7	STENT FARMACOLÓGICO - UNIDADE	R\$ 5.500,00
28.8	IMPLANTE DE MARCAPASSO APTO/ENF Incluso: 01(uma) diária de apto/enf, 01(um) marcapasso bicameral com MRI, 01 gerador, 02 eletrodos, 02 introdutores, taxa de sala e equipamentos ,gases medicinais, materiais descartáveis e medicamentos . Excluso : honorários médicos e anestesiológicos	R\$ 15.258,35
28.9	IMPLANTE DE MARCAPASSO APTO/ENF Incluso: 01(uma) diária de apto/enf, 01(uma) diária de UTI , 01(um) marcapasso bicameral com MRI, 01 gerador, 02 eletrodos, 02 introdutores, taxa de sala e equipamentos ,gases medicinais, materiais descartáveis e medicamentos . Excluso : honorários médicos e anestesiológicos	R\$ 17.765,00
28.10	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO APTO/ENF Incluso: 01(uma) diária de apto/enf, 01(um) marcapasso bicameral com MRI, 01 gerador, taxa de sala e equipamentos ,gases medicinais, materiais descartáveis e medicamentos . Excluso : honorários médicos e anestesiológicos	R\$ 11.573,30
29	PACOTES DE ESTUDO ELETROFISIOLOGICO E ABLAÇÃO DE FEIXES ARRITMOCINÉTICOS (tabelas discriminadas a seguir):	
29.1	TABELA I - PACOTE: ESTUDO ELETROFISIOLOGICO OBS: composição do pacote abaixo	Enfermaria R\$ 28.412,10 Apartamento R\$ 29.260,00
	DIÁRIA DE ENFERMARIA - 01(UMA) UNID	
	DIÁRIA DE U.T.I. - 01(UMA) UNID	
	TAXAS	
	TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA - 01(UMA) UNID	
	TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA - 01(UMA) UNID	
	MARCA-PASSO PROVISÓRIO - 01(UMA) UNID	
	GASES	
	USO DE OXIGÊNIO CATETER - 02 (DUAS) HORAS	
	USO DE AR COMPRIMIDO - 02 (DUAS) HORAS	
	MATERIAIS DESCARTÁVEIS	
	ABOCATH PLUS 14G - 03(TRÊS) UNID	
	AGULHAS DESC. 40X12/ 25X7 C/ DISP. SEG - 03(TRÊS) UNID	

	CATETER PARA OXIGÊNIO - 01(UMA) UNID	
	ELETRODO - 08(OITO) UNID	
	EQUIPO S/ C/ INJ. LATERAL - 01(UMA) UNID	
	PVPI TÓPICO – 100(CEM) ml	
	ESPARADRAPO COMUM – 100(CEM) cm	
	MONO NYLON 4-0 - 01(UMA) UNID	
	GAZE 10 UNID POR PACOTE 11(ONZE) PACOTES	
	LAMINA DE BISTURI 11 - 01(UMA) UNID	
	LUVA CIRÚRGICA 7,5 – 03(TRÊS) PARES	
	LUVA DE PROCEDIMENTO – 04 (QUATRO) PARES	
	POLIFIX 2 VIAS - 01(UMA) UNID	
	SERINGA DESC. 10 ML - 04(QUATRO) UNID	
	SERINGA DESC. 20 ML - 01(UMA) UNID	
	MEDICAMENTOS	
	DIPIRONA SÓDICA – 01(UMA) AMPOLA	
	CLORETO DE SÓDIO 500ML - 02(DOIS) FRASCOS	
	CLORETO DE SÓDIO 250ML 01(UM) FRASCO	
	ISOPREL – 01(UMA) AMPOLA	
	AGUA P/ INJEÇÃO 10ML – 01(UMA) AMPOLA	
	PROPOFOL 200MG – 01(UM) FRASCO-AMPOLA	
	XILOCAÍNA 2% – 01(UMA) AMPOLA	
	MIDAZOLAM 15 MG – 01(UMA) AMPOLA	
	FENTANIL – 02(DUAS) AMPOLAS	
	OPME	
	CATETER DIAG. DECAPOLAR 6F 92CM – 01(UMA) UNID	
	CONEXÃO CATETER DIAGNÓSTICO - 04(QUATRO) UNID	
	CATETER DIAG. HEXAPOLAR 6F - 120cm - 01(UMA) UNID	
	CATETER DIAG. QUADRIPOlar 5F – 120cm - 02(DUAS) UNID	
	FAST-CATH INTRODUTOR HEMOSTÁTICO - 02(DUAS) UNID	
	INCLUSO: * Taxas de Serviços * Taxas de Uso de Equipamentos * Taxas de Alugueis de Equipamentos * Assistência de Enfermagem * Contrastes * Nebulizações EXCLUSO: * Diárias Excedentes * Honorários Médicos e Anestesiológicos * Sangue e/ou Hemoderivados * Medicamentos Especiais/Alto Custo * SADT Alto Custo (Ex.: EDA, USG, TC, RNM) * Fisioterapias * Reoperações * Outros não especificados no quadro acima	
29.2	PACOTE: ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL E ARRITMIAS COMPLEXAS	Enfermaria R\$ 39.987,40

	OBS: composição do pacote abaixo:	Apartamento R\$ 40.755,00
	DIÁRIA DE ENFERMARIA/APTO - 01(UMA) UNID	
	DIÁRIA DE U.T.I. - 01(UMA) UNID	
	TAXAS	
	TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA - 01(UMA) UNID	
	TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA - 01(UMA) UNID	
	MARCA-PASSO PROVISÓRIO - 01(UMA) UNID	
	GASES	
	USO DE OXIGÊNIO CATETER - 02 (DUAS) HORAS	
	USO DE AR COMPRIMIDO - 02 (DUAS) HORAS	
	MATERIAIS DESCARTÁVEIS	
	ABBOCATH PLUS 14G - 03(TRÊS) UNID	
	AGULHAS DESC. 40X12/ 25X7 C/ DISP. SEG. - 03(TRÊS) UNID	
	CATETER PARA OXIGÊNIO - 01(UMA) UNID	
	ELETRODO - 08(OITO) UNID	
	EQUIPO S/ C/ INJ. LATERAL - 01(UMA) UNID	
	PVPI DEGERMANTE – 100(CEM) ml	
	ESPARADRAPO COMUM – 100(CEM) cm	
	MONO NYLON 4-0 - 01(UMA) UNID	
	GAZE 10 UNID POR PACOTE 11(ONZE) PACOTES	
	LAMINA DE BISTURI 11 - 01(UMA) UNID	
	LUVA CIRÚRGICA 7,5 – 03(TRÊS) PARES	
	LUVA DE PROCEDIMENTO – 04 (QUATRO) PARES	
	POLIFIX 2 VIAS - 01(UMA) UNID	
	SERINGA DESC. 10 ML - 04(QUATRO) UNID	
	SERINGA DESC. 20 ML - 01(UMA) UNID	
	MEDICAMENTOS	
	DIPIRONA SÓDICA – 01(UMA) AMPOLA	
	CLORETO DE SÓDIO 500ML - 02(DOIS) FRASCOS	
	CLORETO DE SÓDIO 250ML - 01(UM) FRASCO	
	ISOPREL – 01(UMA) AMPOLA	
	AGUA P/ INJEÇÃO 10ML – 01(UMA) AMPOLA	
	PROPOFOL 200MG – 01(UM) FRESCO- AMPOLA	
	XILOCAÍNA 2% – 01(UMA) AMPOLA	
	MIDAZOLAM 15 MG – 01(UMA) AMPOLA	
	FENTANIL – 02(DUAS) AMPOLAS	
	OPME	
	CATETER THERAPHY COOL PATH 7F – 01 und	
	CONECTOR P/ CATATER COOL PATH – 01 und	
	CONJ. TUBOS COOL POINT - EQUIPO – 01 und	
	CAT. DIAG. RESPONSE DECAPOLAR 6F – 01 und	
	CONECTOR P/ CAT. DECAPOLAR – 01 und	

	CAT. CINCUNFERENCIAL OPTIMA – 01 und	
	CONECTOR P/ CATETER OPTIMA – 01 und	
	ELETRODO DE SUPERFÍCIE NAVX – 01 und	
	AGULHA TRANSSEPTAL BRK 71CM – 01 und	
	INT. SWARTZ TRANSSEPTAL 8F 63CM – 02 und	
	INT. ULTIMUM HEMOST. 12CM 7R – 03 und	
	INCLUSO: * Taxas de Serviços * Taxas de Uso de Equipamentos * Taxas de Alugueis de Equipamentos * Assistência de Enfermagem * Contrastes * Nebulizações EXCLUSO: * Diárias Excedentes * Honorários Médicos e Anestesiológicos * Sangue e/ou Hemoderivados * Medicamentos Especiais/Alto Custo * SADT Alto Custo (Ex.: EDA, USG, TC, RNM) * Fisioterapias * Reoperações * Outros não especificados no quadro acima Observação: Quando o estudo eletrofisiológico for realizado no mesmo ato da Ablação, será pago apenas o pacote da Ablação.	
29.3	TABELA II - PACOTE: ABLAÇÃO OBS: composição do pacote abaixo:	Enfermaria R\$ 34.725,90 Apartamento R\$ 35.530,00
	DIÁRIA DE ENFERMARIA/APTO - 01(UMA) UNID	
	DIÁRIA DE U.T.I. - 01(UMA) UNID	
	TAXAS	
	TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA - 01(UMA) UNID	
	TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA - 01(UMA) UNID	
	MARCA-PASSO PROVISÓRIO - 01(UMA) UNID	
	GASES	
	USO DE OXIGÊNIO CATETER - 02 (DUAS) HORAS	
	USO DE AR COMPRIMIDO - 02 (DUAS) HORAS	
	MATERIAIS DESCARTÁVEIS	
	ABBOCATH PLUS 14G - 03(TRÊS) UNID	
	AGULHAS DESC. 40X12/ 25X7 C/ DISP. SEG. - 03(TRÊS) UNID	
	CATETER PARA OXIGÊNIO - 01(UMA) UNID	
	ELETRODO - 08(OITO) UNID	
	EQUIPO S/ C/ INJ. LATERAL - 01(UMA) UNID	
	PVPI DEGERMANTE – 100(CEM) ml	
	ESPARADRAPO COMUM – 100(CEM) cm	
	MONO NYLON 4-0 - 01(UMA) UNID	

	GAZE 10 UNID POR PACOTE 11(ONZE) PACOTES	
	LAMINA DE BISTURI 11 - 01(UMA) UNID	
	LUVA CIRÚRGICA 7,5 – 03(TRÊS) PARES	
	LUVA DE PROCEDIMENTO – 04 (QUATRO) PARES	
	POLIFIX 2 VIAS - 01(UMA) UNID	
	SERINGA DESC. 10 ML - 04(QUATRO) UNID	
	SERINGA DESC. 20 ML - 01(UMA) UNID	
	MEDICAMENTOS	
	DIPIRONA SÓDICA – 01(UMA) AMPOLA	
	CLORETO DE SÓDIO 500ML - 02(DOIS) FRASCOS	
	CLORETO DE SÓDIO 250ML - 01(UM) FRASCO	
	ISOPREL – 01(UMA) AMPOLA	
	AGUA P/ INJEÇÃO 10ML – 01(UMA) AMPOLA	
	PROPOFOL 200MG – 01(UM) FRESCO- AMPOLA	
	XILOCAÍNA 2% – 01(UMA) AMPOLA	
	MIDAZOLAM 15 MG – 01(UMA) AMPOLA	
	FENTANIL – 02(DUAS) AMPOLAS	
	OPME	
	CAT. DIAG. DECAPOLAR CSL 5F SUPREME - 01(UMA) UNID	
	CONEXÃO CATETER DIAGNÓSTICO - 04(QUATRO UNID	
	CATETER DIAG. HEXAPOLAR 6F - 120cm - 01(UMA) UNID	
	CAT. DIAG. QUADRIPOlar 5F SAFIRE - 02(DUAS) UNID	
	CATETER PARA ABLAÇÃO - 01(UMA) UNID	
	FAST-CATH INTRODUTOR HEMOSTÁTICO - 02(DUAS) UNID	
	CONECTOR P/ CATETER COOL PATH - 01(UMA) UNID	
	CAT. DIAG. RESPONSE DECAPOLAR 6F - 01(UMA) UNID	
	CONECTOR P/ CAT. DECAPOLAR - 01(UMA) UNID	
	AGULHA TRANSSEPTAL BRK 71CM - 01(UMA) UNID	
	INCLUSO: * Taxas de Serviços * Taxas de Uso de Equipamentos * Taxas de Alugueis de Equipamentos * Assistência de Enfermagem * Contrastes * Nebulizações EXCLUSO: * Diárias Excedentes * Honorários Médicos e Anestesiológicos * Sangue e/ou Hemoderivados * Medicamentos Especiais/Alto Custo * SADT Alto Custo (Ex.: EDA, USG, TC, RNM) * Fisioterapias * Reoperações * Outros não especificados no quadro acima Observação: Quando o estudo eletrofisiológico for realizado no mesmo ato da Ablação, será pago apenas o pacote da Ablação.	

30	PACOTES DE CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS DIVERSOS	
30.1	Manutenção de cateter para quimioterapia (quando for realizado em Clínica Oncológica) Incluso :mat/med/taxas.	R\$ 210,45
30.2	ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA (Apt/Enf)	R\$ 26.307,50
	INCLUSO:	
	- 1 Diária de Apartamento/Enfermaria	
	- Taxa de Sala Hemodinâmica	
	- Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica	
	- Taxas de Serviços	
	- Taxas de Uso de Equipamentos	
	- Assistência de Enfermagem	
	- Materiais Descartáveis pertinentes ao procedimento	
	- Materiais Especiais:	
	- Introdutores, hemaquet, catéter guia, fio guia, eletrodo bipolar e hexapolar, filme, 01(uma) bainha, 01(uma) angio-seal, até 03 (três)balões p/ angioplastia periférica	
	- Medicamentos/Contrastes pertinentes ao procedimento	
	- SADTs	
	- Gasoterapia e Nebulizações	
	EXCLUSO	
	- Diárias Excedentes	
	- Honorários Médicos e do Anestesista	
	- Sangue e/ou Hemoderivados	
	- Stents Periféricos	
	- Angio-Seal excedentes	
	- Balões excedentes	
	- SADT de alto custo	
	- Reoperações	
30.3	PACOTES DE TRANSPLANTE RENAL	R\$ 42.092,00
	Transplante renal doador vivo (Despesas com Doador + Receptor) Incluso: 10 (dez) diárias (apto/enf/uti); SADTS; taxas diversas, gases medicinais, materiais/OPME, e medicamentos. Excluso: HM equipe cirúrgica e anestesistas, taxa de vídeo cirurgia, diárias excedentes, hemodiálises, hemoderivados e hemocomponentes, exames de anatomia patológica, e reoperações.	
30.3.1	Transplante renal doador cadáver Incluso: 10 (dez) diárias (apto/enf/uti); SADTS; taxas diversas; gases medicinais; materiais/OPME; e medicamentos. Excluso: HM equipe cirúrgica e anestesistas; taxa de vídeo cirurgia, diárias excedentes, hemodiálises,hemoderivados e hemocomponentes , exames de anatomia patológica e reoperações.	R\$ 44.935,00
30.3.2	EXAMES PARA CONTROLE PÓS TRANSPLANTE:	
30.3.2.1	Tacrolimus	210,45
30.3.2.2	Citomegalovírus PCR quantitativo	315,65
31	PACOTES DE EXAMES EM NEUROLOGIA	
31.1	Eletroneuromiografia de membros superiores	R\$ 300,00

31.2	Eletroneuromiografia de membros inferiores	R\$ 300,00
31.3	Eletroneuromiografia de face	R\$ 300,00
31.4	Eletroencefalografia em virgília com ou sem foto-estímulo	R\$ 105,00
31.5	Eletroencefalograma em sono induzido com ou sem medicamento	R\$ 105,00
31.6	Eletroencefalograma em virgília e sono espontâneo com ou sem foto-estímulo	R\$ 105,00
31.7	Eletroencefalograma quantitativo com mapeamento	R\$ 145,00
31.8	Polissonografia	R\$ 480,00
31.9	PACOTES DE EXAMES EM NEUROLOGIA – REGIME HOSPITALAR	
31.9.1	Eletroencefalograma- Regime Hospitalar – 30 min. (40103200) com acréscimo de R\$ 100 por hora de permanência até no máximo 2 horas.	R\$ 700,00
31.9.2	Vídeo eletroencefalograma contínuo não-invasivo - 12 horas- Regime Hospitalar (40137357)	R\$ 1.800,00
32	PACOTES DE NEFROLOGIA	
32.1	Hemodiálise ambulatorial (SESSÃO) Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos equipamentos e UCO	R\$ 450,00
32.2	Hemodiálise ambulatorial (SESSÃO) Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos equipamentos e UCO (para pacientes soro positivo HIV ou indicação clínica que necessite o descarte do sistema de Diálise).	R\$ 900,00
32.2.1	Hemodiafiltração High Volume HDF Incluso: todo material, medicamentos, taxas, honorários médicos, equipamentos e UCO	R\$ 800,00 (custo por sessão)
32.3	Hemodiálise Hospitalar Convencional Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos equipamentos e UCO	R\$ 800,00
32.4	Hemodiálise Hospitalar Estendida Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos equipamentos e UCO	R\$ 1.200,00
32.5	Implante de cateter venoso central duplo lúmen para hemodepuração Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos , UCO e o Catéter.	R\$ 800,00
32.6	Implante de cateter somente honorário	R\$ 250,00
32.7	Cateter duplo lumen para HD	R\$ 400,00
32.8	Cateter triplo lumen para HD	R\$ 500,00
32.9	Visita hospitalar independente da acomodação	R\$ 80,00
32.10	Parecer médico (Apto/Enf)	R\$ 140,00
32.11	Consulta médica	R\$ 95,00
32.12	Diálise peritoneal automática Incluso: taxas, mat/med, honorários médicos, (mensal)	R\$ 5.200,00
32.13	Retirada de catéter Duplo/triplo Lúmen (PACOTE)	R\$ 240,00
32.14	Implante de cateter de longa permanência(Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos e UCO)	R\$ 2.250,00
32.15	Retirada do cateter de longa permanencia (pacote)	R\$ 410,00
32.16	HD Prismaflex 12 h (Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos e UCO)	R\$ 4.000,00
32.17	Confecção de Fístula Arteriovenosa (Incluso todo mat/med, taxas, honorários médicos , UCO)	R\$ 1.300,00
32.18	Retirada/ desativação de fístula artério-venosa	R\$ 800,00

33	PACOTES DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (incluso nos Pacotes: 25 diária em Apto e/ou UTI; taxas de sala e equipamentos; Gasoterapia; Materiais; Medicamentos; Exames; Honorários Médicos, exceto de anesthesiologista).	
33.1	Internação Hospitalar para Pacientes de Transplante de Medula Óssea Autólogo.	R\$ 130.000,00
33.2	Internação Hospitalar para Pacientes de Transplante de Medula Óssea Alogênico Aparentado	R\$ 190.000,00
33.3	Internação Hospitalar para Pacientes de Transplante de Medula Óssea Alogênico Não-Aparentado	R\$ 240.000,00
33.4	PROCEDIMENTOS PRÉ-TRANSPLANTES	
33.4.1	Material descartável(Kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese	R\$ 3.300,00
33.4.2	Coleta de células-tronco por processadora automática para transplante de medula óssea	R\$ 1.500,00
33.4.3	Determinação de células CD34 positivas – citômetro de fluxo	R\$ 450,00
33.4.4	Preparo de Medula Óssea / Células Tronco	R\$ 225,00
33.4.5	Congelamento de Medula Óssea / Células Tronco	R\$ 580,00
33.4.6	Manutenção de Congelamento (até 2 anos)	R\$ 240,00
33.4.7	descongelamento de Medula Óssea / Células Tronco	R\$ 85,00
33.4.8	Aplicação de Medula Óssea ou Células Tronco	R\$ 210,00
34	Biópsia de Medula Óssea Inclui material, medicamento e honorário médico	R\$ 1.500,00
35	Mielograma : Inclui material , medicamento e honorário médico	R\$ 500,00
36	INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Diária) No valor da diária deverão estar incluídos : 1.Troca de roupa de cama, banho e pessoal do paciente (fornecidas pelo paciente ou familiares) . 2.Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental . 3.Cuidados de enfermagem (administração de medicamentos por todas as vias, administração de dieta , preparo , instalação e manutenção de venóclise e aparelhos, controle de sinais vitais,curativos, controle de diurese, sondagens, mudança de decúbito, locomoção interna do paciente, preparo para procedimentos médicos (tricotomia, enteroclistma e etc), cuidados e higiene pessoal do paciente, preparo do corpo em caso de óbito ; 4.Equipamentos de proteção individual (EPI), como luvas de procedimento, capas e ou aventais, óculos e máscaras descartáveis . 5.Entrega de material e medicamento em domicílio. Incluso: a.Remoção- admissão Home Care e/ou Internação hospitalar ou tantas vezes quanto forem necessárias (troca de sondas, exames, consultas); b.Central de atendimento telefônico, atendimento médico de emergência e suporte de serviço social; c.Mobílias e Equipamentos:cama hospitalar com elevações e grades, colchão, escada de 2 degraus, cadeira de rodas, cadeira higiênica, suporte de soro, nobreak, bomba de infusão, BIPAP com umidificador, nebulizador, aspiração de secreção, esfigmomanômetro,estetoscópio, aparelho para glicemia capilar,termômetro,"patinho ou cumadre"; d.Monitorização:oxímetro de pulso, monitor cardíaco; e.Coleta adequada de resíduos de saúde gerados no atendimento	

	(lixo hospitalar); f.Coleta de material biológico em domicílio, com a entrega do material no LAC do HGUN; g.Materiais descartáveis e soluções: necessários ao atendimento domiciliar e medicamentos(somente soluções necessárias para aspiração, umidificação de oxigênio, ABD e hidratação venosa). (*)Considerar como incluso itens com valor unitário de até R\$50,00 de acordo com os valores da ata de registro de preços vigentes no HguN. h. Dersani®. Exclusos: a.Sonda de gastrostomia; b. Curativos especiais de alto custo; c.Dersani® hidrogel, Dersani hidrogel com alginato®; d.Gaze especial(tipo Kerlix® ou rayon ®); e. Creme de barreira; f.Fralda geriátrica g.Dietas e medicamentos (*)Considerar como excluso itens com valor unitário superior a R\$50,00 de acordo com os valores da Ata de Registro de Preços vigentes no HGUN (*)Itens exclusos deverão ser cobrados de acordo com a Revista Brasíndice ou Simpro, preço de fábrica, sem margem de comercialização.	
36.1	Diárias de Alta Complexidade Incluso (PID 24 horas): a) Técnico de Enfermagem – 24 horas (diárias); b) Visita Médico Assistente – 1 vez por semana e em casos de urgência; c)Visita de Enfermeira – 1 vez por semana e tantas quantas forem necessárias; d) Nutrição – avaliação 1 vez por semana; e)Visita assistente social - 1 vez ao mês; f)Visita psicólogo 1 vez ao mês e quando necessário; g) Fisioterapia motora e respiratoria: 3 a 5 sessões por semana. h) Fonoaudiologia: 2 a 3 sessões por semana i) Cilindro de oxigênio medicinal com recarga de até 3 vezes por mês.	R\$ 546,00
36.2	Diárias de Média Complexidade Incluso: a) Técnico de Enfermagem – 12 horas (diárias); b) Visita Médico Assistente – 1 vez por semana e em casos de urgência; c)Visita de Enfermeira – tantas quantas forem necessárias ; d) Nutrição – avaliação 1 vez por semana; e)Visita assistente social - 1 vez ao mês; f)Visita psicólogo - 1 vez ao mês e quando necessário; g) Fisioterapia motora e respiratória: 2 a 3 sessões por semana. h) Fonoaudiologia: 2 sessões por semana i) Cilindro de oxigênio medicinal com recarga de até 2 vezes por mês.	R\$ 304,50
37	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – PAD (SEM INTERNAÇÃO) Acompanhamento domiciliar com visitas pontuais e agendadas da equipe multidisciplinar especializada. Protocolo de elegibilidade fornecido pela contratada e validado pela equipe auditora, serão inseridos no programa assistencial obedecendo a um grupo de serviços.	

	Incluso: a. 02 remoções eletivas (ida e volta) domiciliar ou translados, com equipe de enfermagem, totalizando 4 remoções por mês; b. Treinamento para família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta; c. Call Center com orientação médica telefônica em horário comercial; d. Coleta de material biológico no domicílio, com entrega do material no LAC do HGUN; e. Coleta adequada dos resíduos sólidos de saúde gerados no atendimento (lixo hospitalar); f. Móveis: cama hospitalar com elevações e grades,colchão e escada de 2 degraus; g. Materiais descartáveis e soluções necessárias ao atendimento domiciliar e medicamentos (somente soluções necessárias para aspiração, umidificação de oxigênio, ABD e hidratação venosa). (*)Considerar como incluso itens com valor unitário de até R\$50,00 de acordo com os valores da ata de registro de preços vigentes no HGUN. h. Dersani®. Exclusos: - a.Sonda de gastrostomia; - b.Curativos especiais de alto custo; - c.Dersani® hidrogel, Dersani hidrogel com alginato®; - d.Gaze especial(tipo Kerlix® ou rayon ®); - e.Creme de barreira; - f.Fralda geriátrica - g.Dietas e medicamentos (*)Considerar como excluso itens com valor unitário superior a R\$50,00 de acordo com os valores da ata de registro de preços vigentes no HGUN (*)Itens exclusos deverão ser cobrados de acordo com a Revista Brasíndice ou Simpro, preço de fábrica, sem margem de comercialização.	
37.1	Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (PAD PLENO): Incluso: -01 Visita Médica de rotina mensal, -01 Visita de Enfermeiro de rotina mensal; -02 a 03 Sessões de Fisioterapia respiratória e motora por semana -01 Visita de Nutricionista de rotina mensal; -02 a 03 Sessões de Fonoaudiólogo de rotina por semana	R\$ 115,50
37.2	Atenção Domiciliar de Média Complexidade (PAD I): Incluso: - 01 Visita Médica de rotina mensal; - 01 Visita de Enfermeiro rotina mensal; - 02 Sessões de Fisioterapia motora e respiratória por semana	R\$ 90,00
38	PROCEDIMENTOS PONTUAIS DE ENFERMAGEM REALIZADOS POR:	
38.1	ENFERMEIRO (*)Considerar como incluso itens com valor unitário de até R\$50,00 de acordo com os valores da ata de registro de preços vigentes no HGUN. (*)Considerar como excluso itens com valor unitário superior R\$50,00 de acordo com os valores da Ata de Registro de Preço	

	vigente do HGUN . (*) Coleta adequada de resíduos sólidos gerados no atendimento - lixo hospitalar).	
38.1.1	Visita do Enfermeiro especializado curativos.	R\$ 100,00
38.1.2	Consulta de enfermagem (histórico, exame físico e diagnóstico).	R\$ 100,00
38.1.3	Visita do Enfermeiro para passagem de SNE (sem mat/med).	R\$ 100,00
38.1.4	Visita do Enfermeiro para passagem de sonda vesical de alívio ou demora (sem mat/med).	R\$ 100,00
38.1.5	Punção de Port Cath (sem mat/med).	R\$ 180,00
38.1.6	Troca de Botton de gastrostomia (sem mat/med).	R\$ 150,00
38.1.7	Troca de cânula traqueal (sem mat/med).	R\$ 200,00
38.2	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM Procedimentos especiais realizados com visitas pontuais de Técnico de enfermagem sob supervisão de um enfermeiro, realizados em pacientes estáveis. (*)Considerar como incluso itens com valor unitário de até R\$50,00 de acordo com os valores da ata de registro de preços vigentes no HGUN. (*)Considerar como excluso itens com valor unitário superior R\$50,00 de acordo com os valores da Ata de Registro de Preço vigente do HGUN . (*) Coleta adequada de resíduos sólidos gerados no atendimento - lixo hospitalar.	
38.2.1	Coleta de material biológico com entrega do material no LAC do HGUN.	R\$ 70,00
38.2.2	Lavagem intestinal.	R\$ 70,00
38.2.3	Troca de bolsa de colostomia e jejunostomia.	R\$ 135,00
38.2.4	Administração de fleet enema/dieta.	R\$ 70,00
38.2.5	Visita Tec Enf para administração de medicamentos (EV, IM e SC), com duração inferior a 30 min.	R\$ 70,00
38.2.5.1	Visita Tec Enf para administração de medicamentos (EV, IM e SC), com duração superior a 30 min.	R\$ 80,00
38.2.6	VISITA TEC ENF PARA TROCA DE CURATIVOS SIMPLES (incluso coleta adequada de resíduos sólidos gerados no atendimento - lixo hospitalar). Incluso: materiais descartáveis e soluções necessárias ao atendimento domiciliar. Considerar como incluso itens com valor unitário de até R\$50,00 de acordo com os valores da Ata de Registro de Preço vigente do HGUN. Incluso: Dersani ®. Excluso: curativos especiais e de alto custo, Dersani hidrogel ®, Dersani hidrogel com alginato®, gaze especial (tipo Kerlix® ou Rayon®), creme de barreira. (*)Considerar como excluso itens com valor unitário superior R\$50,00 de acordo com os valores da Ata de Registro de Preço vigente do HGUN . (*)Itens exclusivos deverão ser cobrados de acordo com a Revista Brasíndice ou Simpro , preço de fábrica, sem margem de comercialização.	R\$ 80,00
39	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA USO NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (diária):	

39.1	Bomba Infusora	R\$ 15,00
39.2	Aspirador Descartável	R\$ 5,00
39.3	BIPAP com umidificador	R\$ 50,00
39.4	CPAP com umidificador	R\$ 30,00
39.5	Cama Hospitalar com elevações e grades + colchão	R\$ 6,50
39.6	Escada com 2 degraus	R\$ 2,50
39.7	Cadeira higiênica	R\$ 6,00
39.8	Cadeira de rodas	R\$ 7,50
39.9	Concentrador de Oxigênio	R\$ 15,00
39.10	Cilindro de Oxigênio – 8 M³ locação	R\$ 2,00
39.11	Oxigênio - Metro Cúbico	R\$ 25,00
39.12	Nebulizador	R\$ 4,00
39.13	No Break	R\$ 5,00
39.14	Oxímetro de Pulso	R\$ 10,00
39.15	Respirador Syncroni com umidificador	R\$ 110,00
39.16	Suporte de Soro	R\$ 2,00
39.17	Cough Assist	R\$ 60,00
40	TRANSPORTES ESPECIALIZADO DE PACIENTES Remoção na região Metropolitana de Natal, com percurso compreendido entre 80 a 100Km. OBS: Acima de 100 quilômetros de distância percorrida, cobrar R\$ 2,50 por cada km rodado a mais.	
40.1	Remoção de paciente com médico em ambulância tipo UTI (ida e volta)	R\$ 945,00
40.2	Remoção com médico e em ambulância tipo UTI (ida)	R\$ 470,00
40.3	Remoção de paciente sem médico em ambulância comum, com técnico de enfermagem (ida e volta)	R\$ 410,00
40.4	Remoção de paciente sem médico em ambulância comum, com técnico de enfermagem (ida)	R\$ 180,00
41	PROCEDIMENTOS PONTUAIS – SERVIÇOS MULTIPROFISSIONAIS EM DOMICÍLIO	
41.1	Consulta médica	R\$ 215,00
41.2	Visita fisioterapia motora	R\$ 53,00
41.3	Visita fisioterapia respiratória	R\$ 53,00
41.4	Visita fisioterapia motora e respiratória	R\$ 83,00
41.5	Visita nutrição	R\$ 50,00
41.6	Visita fonoaudiologia	R\$ 67,00
41.7	Visita terapia ocupacional	R\$ 66,00
41.8	Visita psicologia	R\$ 85,00
42	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	
42.1	Exame anátomo-patológico (Citologia oncótica Papanicolau)	R\$ 29,00
42.2	Exame anátomo-patológico (Fragmento ou peça)	R\$ 92,45
42.3	Procedimento diagnóstico peroperatório sem deslocamento do patologista	R\$ 174,10
42.4	Procedimento diagnóstico peroperatório - peça adicional ou margem cirúrgica	R\$ 141,70
42.5	Necrópsia de adulto/criança e natimorto com suspeita de anomalia	R\$ 647,50

	genética	
42.6	Necrópsia de embrião / feto até 500 gramas	R\$ 341,15
42.7	Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block"	R\$ 58,15
42.8	Procedimento diagnóstico citopatológico oncológico de líquidos e raspados cutâneos	R\$ 58,15
42.9	Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica	R\$ 29,05
42.10	Procedimento diagnóstico em citologia hormonal seriado	R\$ 43,05
42.11	Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas	R\$ 173,85
42.12	Procedimento diagnóstico em citologia hormonal isolada	R\$ 18,90
42.13	Procedimento diagnóstico em painel de imunohistoquímica (duas ou mais reações)	R\$ 478,85
42.14	Procedimento diagnóstico em reação imunoistoquímica isolada	R\$ 232,45
42.15	Procedimento diagnóstico em fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia, acondicionados em um mesmo frasco	R\$ 126,00
42.16	Procedimento diagnóstico em peças cirúrgicas simples, incluindo RTU de próstata e ressecção endoscópica	R\$ 92,45
42.17	Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica complexa	R\$ 126,10
42.18	Procedimento diagnóstico de órgão adicional, por grupo de linfonodos e margens de peça complexa (por margem)	R\$ 58,15
42.19	Procedimento diagnóstico em amputação de membros sem causa oncológica	R\$ 120,85
42.20	Procedimento diagnóstico em amputação de membros - causa oncológica	R\$ 247,75
42.21	Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5	R\$ 58,15
42.22	Coloração especial por coloração	R\$ 29,05
42.23	Procedimento diagnóstico em painel de hibridização "in situ"	R\$ 478,85
42.24	Procedimento diagnóstico em painel de meio líquido	R\$ 46,45
43	PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA CARDÍACA	
43.1	Honorários para remuneração dos Pacotes de procedimentos de cirurgia cardíaca	
43.2	Consulta ao cirurgião cardíaco	R\$ 121,15
43.3	Ampliação de anel – valvar – 3.09.02.01-0	R\$ 16.275,00
43.4	Cirurgia Multi-valvar	R\$ 18.510,00
43.5	Comissurotomia valvar	R\$ 16.275,00
43.6	Plastia valvar	R\$ 16.275,00
43.7	Troca valvar (qualquer técnica)	R\$ 16.275,00
43.8	Aneurismectomia de VE	R\$ 15.750,00
43.9	Revascularização de Miocárdio	R\$ 17.325,00
43.10	Revascularização de Miocárdio – Cirurgia Valvar	R\$ 22.210,00
43.11	Aneurisma e dissecação da aorta	R\$ 24.960,00
43.12	Transplante Cardíaco – RECEPTOR	R\$ 18.655,00
43.13	Transplante Cardíaco - DOADOR	R\$ 4.430,00
43.14	Cardiotomia/Contusão Miocárdio/ Corpo Estranho	R\$ 7.490,00
43.15	Tratamento Percutâneo de Aneurisma da Aorta	R\$ 14.020,00
43.16	Pericardiectomia	R\$ 7.115,00
43.17	Drenagem de Pericárdio	R\$ 2.490,00
43.18	Colocação de Balão Intra-aortico	R\$ 2.490,00

43.19	Instalação de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada	R\$ 2.490,00
43.20	Instalação de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada (período de 6h)	R\$ 7.490,00
43.21	Mediastinotomia Exploradora	R\$ 2.490,00
43.22	Tratamento de Mediastinite	R\$ 6.330,00
43.23	Drenagem pleural	R\$ 1.460,00
43.24	Punção pleural	R\$ 735,00
43.25	traqueostomia	R\$ 975,00
43.26	Aneurisma de aorta infra renal	R\$ 11.910,00
43.27	Aneurisma de aorta abdominal supra renal	R\$ 12.460,00
43.28	Ponte femoro femoral cruzada	R\$ 4.015,00
43.29	Tromboendarterectomia carotídea	R\$ 5.890,00
43.30	Comunicação Interatrial (CIA)	R\$ 16.275,00
43.31	Comunicação Inter Ventricular (CIV)	R\$ 16.275,00
43.32	Estenoses de anel (ampliação de anel) – 3.09.01.01-4	R\$ 16.275,00
43.33	Ressecção de membranas, infundíbulos, bandas	R\$ 16.275,00
43.34	Redirecionamento de fluxo	R\$ 18.510,00
43.35	Tranposições	R\$ 18.510,00
43.36	Anastomose Sistêmico Pulmonar (Blalock – Taussig ou BT modificado) com ou sem cec	R\$ 18.510,00
43.37	Persistência do canal arterial	R\$ 11.300,00
43.38	Coarctação da Aorta	R\$ 11.300,00
43.39	Bandagem da artéria Pulmonar	R\$ 7.875,00
43.40	Tumores Cardíacos	R\$ 18.510,00
43.41	Correção Cirúrgica de Arritmias	R\$ 16.275,00
43.42	Tratamento de complicações de procedimentos realizados por outros profissionais	R\$ 28.535,00
44	Honorários para remuneração dos Pacotes de procedimentos de cirurgia Cardíaca	
44.1	Revascularização do Miocárdio + Aneurismectomia	
44.1.1	Revascularização do Miocárdio	R\$ 17.300,00
44.1.2	Aneurismectomia	R\$ 4.700,00
	Total	R\$ 22.000,00
44.2	Cirurgia valvar + Correção de arritmias	
44.2.1	Cirurgia valvar	R\$ 16.270,00
44.2.2	Correção cirúrgica de arritmias.	R\$ 4.880,00
	Total	R\$ 21.150,00
44.3	Troca de Gerador e eletrodos	
44.3.1	Recol. Eletrodo/gerador	R\$ 2.500,00
44.3.2	Troca do gerador	R\$ 400,00
	Total	R\$ 2.900,00
44.4	Comunicação Interatrial (CIA) + PCA	
44.4.1	Correção cirúrgica do CIA	R\$ 16.275,00
44.4.2	Canal arterial persistente-correção cirúrgica	R\$ 3.390,00

	Total	R\$ 19.665,00
44.5	Comunicação Inter Ventricular (CIV) + PCA	
44.5.1	Correção cirúrgica da CIV	R\$ 16.275,00
44.5.2	Canal arterial persistente-correção cirúrgica	R\$ 3.390,00
	Total	R\$ 19.665,00
44.6	Comunicação Inter Ventricular (CIV) + Comunicação Interatrial (CIA)	
44.6.1	Correção cirúrgica da CIV	R\$ 16.275,00
44.6.2	Correção cirúrgica do CIA	R\$ 4.880,00
	Total	R\$ 21.155,00
44.7	Comunicação Inter Ventricular (CIV) + Comunicação Interatrial (CIA) + PCA	
44.7.1	Correção cirúrgica da CIV	R\$ 16.275,00
44.7.2	Correção cirúrgica do CIA	R\$ 4.880,00
44.7.3	Canal arterial persistente-correção cirúrgica	R\$ 3.390,00
	Total	R\$ 24.545,00
44.8	TGV + CIA + PCA= Operação de Jatene (Switch arterial) + Correção CIA + Ligadura PCA	
44.8.1	Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 18.510,00
44.8.2	Redirecionamento de fluxo	R\$ 5.550,00
44.8.3	Correção cirúrgica do CIA	R\$ 4.880,00
44.8.4	Canal arterial persistente-correção cirúrgica	R\$ 3.390,00
	Total	R\$ 32.330,00
44.9	TGV + CIA + PCA= Operação de Jatene (Switch arterial) + Correção CIV + Ligadura PCA	
44.9.1	Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 18.510,00
44.9.2	Redirecionamento de fluxo	R\$ 5.550,00
44.9.3	Correção cirúrgica do CIV	R\$ 4.880,00
44.9.4	Canal arterial persistente-correção cirúrgica	R\$ 3.390,00
	Total	R\$ 32.330,00
44.10	TGV + CIV + CIA + PCA= Operação de Jatene (Switch arterial) + Correção CIV + Correção CIA + Ligadura PCA	
44.10.1	Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 18.510,00
44.10.2	Redirecionamento de fluxo	R\$ 5.550,00
44.10.3	Correção cirúrgica do CIV	R\$ 4.880,00
44.10.4	Correção cirúrgica do CIA	R\$ 4.880,00
44.10.5	Canal arterial persistente-correção cirúrgica	R\$ 3.390,00
	Total	R\$ 37.160,00
44.11	Tetralogia de Fallot	
44.11.1	Correção cirúrgica do CIV	R\$ 4.880,00
44.11.2	Ampliação do anel	R\$ 4.900,00
44.11.3	Ressecção de infundíbulo	R\$ 4.900,00
	Total	R\$ 14.680,00
44.12	Defeito do septo AV na forma total (DSAVT)	
44.12.1	Cirurgia Multi-valvar	R\$ 18.510,00
44.12.2	Correção cirúrgica do CIV	R\$ 4.880,00

44.12.3	Correção cirúrgica do CIA	R\$ 4.880,00
	Total	R\$ 28.270,00
44.13	Defeito do septo AV forma total (DSAVT) + PCA	
44.13.1	Cirurgia Multi-valvar	R\$ 18.510,00
44.13.2	Correção cirúrgica do CIV	R\$ 4.880,00
44.13.3	Correção cirúrgica do CIA	R\$ 4.880,00
44.13.4	Canal arterial persistente-correção cirúrgica	R\$ 3.390,00
	Total	R\$ 31.660,00
44.14	Truncus Arteriosus + CIV + redirecionamento de Fluxo	
44.14.1	Redirecionamento de Fluxo	R\$ 18.510,00
44.14.2	Correção cirúrgica do CIV	R\$ 4.880,00
	Total	R\$ 23.390,00
44.15	Cavo-Pulmonar Total (Fontan), com Glen prévio	
44.15.1	Redirecionamento de Fluxo	R\$ 18.510,00
44.16	Cavo-Pulmonar Total (Fontan), com Glen prévio + Ligadura/Re-Bandagem da Artéria Pulmonar	
44.16.1	Redirecionamento de Fluxo	R\$ 18.510,00
44.16.2	Bandagem da Artéria Pulmonar Pulmonar	R\$ 2.360,00
	Total	R\$ 20.870,00
44.17	Coarctação da Aorta + PCA	
44.17.1	Coarctação da Aorta	R\$ 11.300,00
44.17.2	Bandagem da Artéria Pulmonar	R\$ 2.360,00
	Total	R\$ 13.660,00

TABELA 01- DIETAS E SUPLEMENTOS (ITEM 9.10)
TABELA DE DIETAS E SUPLEMENTOS PARA HOSPITAIS TIPO I e II

Nr	Dietas/Suplementos	APRESENTAÇÃO	QTD	Unidade	Valor
1	GLUTAMINA PÓ	sachê 5g	1	por sachê	R\$ 5,37
2	GLUTAMINA PÓ	Sachê 10g	1	por sachê	R\$ 5,37
3	ESPESSANTE ALIMENTAR	Sachê	1	por sachê	R\$ 4,11
4	ESPESSANTE ALIMENTAR	Lata	1	por lata	R\$ 71,88
5	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO COM ALTO TEOR DE LIPÍDEOS (40%)	200 ml (tipo: Fresubin Lipid Drink)	1	por frasco	R\$ 37,38
6	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO (2 KCAL/ML)	200 ml (tipo: Fresubin 2 Kcal)	1	por frasco	R\$ 24,96
7	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO (1,5kcal/ml; acima de 20% de proteína)	200 ml (tipo: Fresubin Protein Energy, Nutridrink protein)	1	por frasco	R\$ 18,51
8	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO (2,4 KCAL/ML)	125ml (tipo: Nutridrink compact protein)	1	Por frasco	R\$ 24,96
9	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO (3,2 KCAL/ML)	120ml (tipo: Fresubin 3,2kcal/ml)	1	Por frasco	R\$ 24,96
10	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERCALÓRICO COM FIBRAS	200 ml (tipo: Fresubin Energy Fibre)	1	por frasco	R\$ 19,34
11	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERPROTEICO ACRESCIDO DE PROLINA E OU ARGININA	200ml (Tipo: Proline Cubitan)	1	por frasco	R\$ 24,96
12	SUPLEMENTO ALIMENTAR HIPERCALÓRICO SEM FIBRAS	200 ml (tipo: Fresubin Energy, Nutridrink, EnergyZip, Nutren 1.5kcal)	1	por frasco	R\$ 17,63
13	SUPLEMENTO ALIMENTAR NORMOCALÓRICO E HIPERPROTEICO COM FIBRAS	200ML (Tipo: Nutren senior, Nutren control)	1	por frasco	R\$ 17,63
14	SUPLEMENTO ALIMENTAR NORMOCALÓRICO NORMOPROTEICO COM FIBRAS (CONTROLE GLICÊMICO)	200ML (Tipo: Glucerna)	1	por frasco	R\$ 17,63
15	DIETA ENTERAL NORMOCALÓRICA E NORMOPROTEICA (SISTEMA FECHADO)	1000ML (tipo: JEVITY 1.0, Fresubin original, Osmolite HN)	1	Por bolsa	R\$ 67,60
16	DIETA ENTERAL NORMOCALÓRICA E NORMOPROTEICA OLIGOMÉRICA (SISTEMA FECHADO)	1000ML (Tipo: Peptisorb, Survimed)	1	por bolsa	R\$ 98,80

17	DIETA ENTERAL NORMOCALÓRICA E NORMOPROTEICA PARA CONTROLE GLICÊMICO (SISTEMA FECHADO)	1.000 ML (tipo: GLUCERNA, NOVASOURCE GC, DIASON)	1	por bolsa	R\$ 93,70
18	DIETA ENTERAL NORMOCALÓRICA E HIPERPROTEICA (SISTEMA FECHADO)	1.00ML (tipo: Nutrison protein Plus)	1	Por bolsa	R\$ 67,60
19	DIETA ENTERAL HIPERPROTEICA (SISTEMA FECHADO)	500ML (tipo: Novasource senior, Nutrison protein Plus, Nutrison protison)	1	Por bolsa	R\$ 98,80
20	DIETA ENTERAL HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA SEM FIBRAS (SISTEMA FECHADO)	1000ML (Tipo: Fresubin Energy HP, Novasoure HP, Novasource Hi Protein, Novasource 1.5)	1	por frasco	R\$ 93,70
21	DIETA ENTERAL HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA COM FIBRAS (SISTEMA FECHADO)	1000ML (Tipo: Fresubin HP fibre, Novasource GI control; Glucerna 1.5, Diben, Nutrison Protison)	1	por frasco	R\$ 93,70
22	DIETA ENTERAL HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA OLIGOMÉRICA (SISTEMA FECHADO)	500ML (Tipo: Peptamen HN, Survimed OPD HN)	1	por bolsa	R\$ 98,80
23	DIETA ENTERAL HIPERPROTEICA OLIGOMÉRICA (SISTEMA FECHADO)	1000ML (Tipo: Peptamen 1.5, Peptamen Intense)	1	Por bolsa	R\$ 156,00
24	DIETA ENTERAL HIPERCALÓRICA E NORMOPROTEICA (SISTEMA FECHADO)	1000ML (Tipo: Nutrison Energy, Fresubin Energy)	1	Por bolsa	R\$ 78,00
25	DIETA ENTERAL FONTE DE PROTEINA SOJA (PÓ)	Lata 800 g (Tipo: Nutrison soya)	1	por lata	R\$ 109,20
26	DIETA ENTERAL FONTE DE PROTEINA SOJA COM FIBRAS (PÓ)	Lata 800 g (Tipo: Nutrison soya Multi Fiber)	1	por lata	R\$ 109,20
27	DIETA ENTERAL ESPECÍFICA NEFROPATA	Envelope 90 g (Tipo: NUTRISON ADVANCED NEFRO)	1	por envelope	R\$ 57,20
28	DIETA ENTERAL ESPECÍFICA NEFROPATA	Env. 90 g (tipo: NUTRISON ADVANCED HEPATO)	1	por envelope	R\$ 93,60
29	MÓDULOS	Mix fibras (tipo: Enterfiber , Mix Fiber, Solufiber)	1	por lata	R\$ 98,80
30	MODULOS TCM	TCM (250ml)	1	Por frasco	R\$ 98,80
31	DIETA ENTERAL PEDIÁTRICA	Frasco 100 ml (Tipo: INFATINI)	1	por frasco	R\$ 67,60
32	DIETA ENTERAL 2.KCAL	1000ML (Tipo: Nutri Renal (2 kcal/ml)	1	por bolsa	R\$ 124,80

	DIETAS LIQUIDAS - (SISTEMA FECHADO)				
33	DIETA ENTERAL HIPERCALÓRICA COM FIBRAS (SISTEMA FECHADO)	1500ML (Tipo: Energy Fibre)	1	por bolsa	R\$ 140,40
34	DIETA ENTERAL HIPERLIPIDICA	500ML (Tipo: Fresubin Lipid, Reconvan)	1	por frasco	R\$ 98,80
35	OLICLINOMEL - BOLSA PLASTICA TRIPLA	(Restrit N7- 2000 ml	1	por bolsa	R\$ 676,00
36	OLICLINOMEL - BOLSA PLASTICA TRIPLA	(Restrit N7- 1000 ml	1	por bolsa	R\$ 312,00
37	NUTRIFLEX LIPID PERI BAG (3 em 1)	(Restrito Ho 1875 ml cx. c/5	5	por bolsa	R\$ 624,00
38	KABIVEN (Restrito Hosp.)	900 kcal 1026 ml FMCB - 4 x 1026 ml	4	por frasco	R\$ 416,00
39	KABIVEN (Restrito Hosp.)	1900 kcal 2053 ml FMCB - 4 x 2053 ml	4	por frasco	R\$ 416,00
40	DIPEPTIVEN (Restrito Hosp.)	50 ml 10 x 50 ml	10	por frasco	R\$ 208,00

TABELA 02- MATERIAIS ESPECIAIS (ITEM 9.13)

-Valores inclusos nesta tabela referem se ao limite máximo para cobrança,passíveis de negociação.
-SOBRE OS RESPECTIVOS VALORES NÃO HAVERÁ A INCIDÊNCIA DE MARGEM DE
COMERCIALIZAÇÃO.

TABELA DE MATERIAIS ESPECIAIS

UN	DESCRIÇÃO DE REFERÊNCIA	CÓDIGO SIMPRO DE REFERÊNCIA	ANVISA DE REFERÊNCIA	VALOR FINAL DE REFERÊNCIA
1	AGULHA P/ VERTEBROPLASTIA	37845	80384860006	R\$ 1.800,00
2	AGULHA PARA BIOPSIA COAXIAL	105074	80285220017	R\$ 900,00
3	AGULHA STIMUPLEX	70015341	10008530053	R\$ 235,00
4	AGULHA TRANSEPTAL	70018421	10332340151	R\$ 1.776,00
5	ANGIO-SEAL/PROGLIDE (SELANTE VASCULAR)	70197016	80012280198	R\$ 2.100,00
6	ASPIRADOR ULTRASSONICO (Aluguel do Equip. + Insumos)	262268	10171610052	R\$ 5.850,00
7	BAINHA AGILIS	70009457	10332340207	R\$ 1.871,50
8	BAINHA URETERAL	270078	10341350576	R\$ 1.100,00
9	BAINHA/INTRODUTOR TRANSEPTAL	70347239	10332340208	R\$ 850,00
10	BALAO EXTRATOR DE CALCULO	159700	10341350307	R\$ 1.400,00
11	BALAO FARMACOLOGICO VASCULAR	148531	80689090091	R\$ 7.500,00
12	BALAO INTRA AORTICO	70860661	10390690076	R\$ 4.950,00
13	BOLSA ENDOBAG	178547	80145901386	R\$ 560,00
14	BOTA PARA COMPRESSAO PNEUMATICA	271787	10335109039	R\$ 975,68
15	CABO CONECTOR DE MOLA	241693	80005430291	R\$ 1.504,00
17	CARGA 75	163612	80145901006	R\$ 600,00

18	CARGA PARA GRAMPEADOR 45/60 MM	70095647	80145900883	R\$ 1.200,00
19	CATETER ABLACAO	70872880	10332340098	R\$ 3.500,00
20	CATETER ABLAÇÃO IRRIGADO	71507	10332340361	R\$ 7.573,00
21	CATETER ABLAÇÃO TACTICATH	272324	10332340380	R\$ 10.600,00
22	CATETER BALÃO FARMACOLOGICO	148504	80136990654	R\$ 9.000,00
23	CATETER BALAO PARA ANGIOPLASTIA PERIFERICA	70110824	80689090119	R\$ 3.800,00
24	CATETER DECAPOLAR/QUADRIPOlar	70872970	10332340161	R\$ 3.000,00
25	CATETER DIAG CIRCULAR TIPO LASSO CIRCUNFERENCIA	46580	10332340265	R\$ 3.500,00
26	CATETER DUO DECAPOLAR	257411	10332340101	R\$ 3.500,00
27	CATETER DUPLO LUMEN p/ HD	70878137	10349000261	R\$ 250,00
28	CATETER EXTRATOR DE TROMBOS	255858	10332200038	R\$ 3.050,00
29	CATETER GUIA	70855889	80005430399	R\$900,00
30	CATETER MONO LUMEN	166535	10312210026	R\$ 167,00
31	CATETER OPEN END	151613	10430310054	R\$ 420,00
32	CATETER PARA FFR	244010	10312210020	R\$ 3.560,00
33	CATETER PARA HD (tipo SPLITH CATH)	70352941	10312210020	R\$ 3.200,00
34	CATETER PIG TAIL	70143170	80740950080	R\$ 355,00
35	CATETER PIG TAIL CENTIMETRADO	276573	10212990007	R\$ 2.000,00
36	CATETER RUBICON	171636	10341350686	R\$ 1.500,00
37	CATETER TOTALMENTE IMPLANTAVEL QT	241964	10312210021	R\$ 2.700,00
38	CATETER TRIPLO LUMEN	121428	10196320019	R\$ 250,00
39	CATETER TRIPLO LUMEN PIC PARA ACESSO CENTRAL	95945	10312210026	R\$ 1.500,00
40	CATETER ULTRASSONOGRAFICO	70034834	10341350025	R\$ 3.850,00
41	CATETER VERTEBRAL	70128030	10324860028	R\$ 262,50
42	CATETER VIEWFLEX XTRA ICE	272326	10332340381	R\$ 10.000,00
43	CELL SAVER	70865507	10234400040	R\$ 3.800,00
44	CLIP DE RANEY - PACOTE COM 10 UNIDADES	166431	80145900975	R\$ 350,00
45	CLIP DE TITANIO	256948	80117580281	R\$ 1.800,00
46	CLIP TEMPORARIO	70168	10008530168	R\$ 1.400,00
47	COLA BIOLOGICA - BIOGLUE 5ML	147554	80015970001	R\$ 6.400,00
48	CONECTOR EASY CATH	133659	80454410002	R\$ 278,25
49	CONECTOR EM Y	249227	10332200049	R\$ 190,00
50	CONECTOR PARA ELETROFISIOLOGIA	70143390	10332340166	R\$ 853,00
51	CONJUNTO CRANIOTOMO + BROCAS	72462	10099430123	R\$ 1.500,00
52	CONJUNTO DE CIRCULACAO ASSISTIDA (BIO PUMP)	70181942	10339190231	R\$ 1.947,00
53	CONJUNTO DE DERIVACAO	249443	10166360047	R\$ 1.550,00

	VENTRICULAR EXTERNA (DVE)			
54	CONJUNTO DE TUBOS COLL FLEX	151465	10332340253	R\$ 450,00
55	CONJUNTO DE VALVULA BAIXA/MEDIA/ALTA PRES - DVP	905002	10166360026	R\$ 5.000,00
56	CRANIOFIX	134394	80136990537	R\$ 580,00
57	CUSTODIOL 1000 ML	148174	80185570001	R\$ 910,00
58	DRENO BLAKE	70199361	80145901014	R\$ 380,00
59	ELETRODO CHOQUE CDI	254558	10339190543	R\$ 9.600,00
60	ELETRODO PARA SEIO CORONARIO	148655	10339190495	R\$ 950,00
61	EQUIPO RANGER	70223068	10234400058	R\$ 460,00
62	ESTABILIZADOR DE TECIDOS	70228140	10339190228	R\$ 5.900,00
63	FILTRO DE PROTECAO DISTAL	70709092	10341350378	R\$ 7.500,00
64	FILTRO VEIA CAVA	70240230	10212990121	R\$ 8.100,00
65	FIO GUIA 0,014	105151	10212990190	R\$ 830,00
66	FIO GUIA 0,035 (HEMODINÂMICA)	70253617	80012280073	R\$ 892,00
67	FIO GUIA AMPLATZ	70250863	10330710006	R\$ 892,00
68	FIO GUIA HIDROFILICO ROADRUNNER	70872449	10330719003	R\$ 980,00
69	FIO GUIA PARA ROTABLATOR/ATERECTOMIA	70872449	10330719003	R\$ 710,00
70	FIO GUIA PT2	94604	10341350351	R\$ 780,00
71	FIO GUIA TRANSEND 0,035	60007	80145901068	R\$ 1.620,00
72	FIO GUIA V14	171692	10341350681	R\$ 870,00
73	FIO GUIA V18	85616	10341350335	R\$ 870,00
74	GRAMPEADOR 45/60 MM	151136	80145901199	R\$ 2.100,00
75	GRAMPEADOR 75	163598	80145901007	R\$ 1.250,00
76	GRAMPEADOR CIRCULAR (21MM À 33MM)	70917639	80145901301	R\$ 2.100,00
77	GRAMPEADOR PARA HERNIA	276024	80145901386	R\$ 2.800,00
78	INTRODUTOR P/ ELETROFISIOLOGIA	70343357	10332340118	R\$ 280,00
79	INTRODUTOR PARA CATETER DIAGNOSTICO	146016	80446140026	R\$ 315,00
80	INTRODUTOR SEIO CORONARIO	119958	10339190301	R\$ 954,00
81	IRRIGADOR PARA UROLOGIA	117183	80251140013	R\$ 850,00
82	KIT BROCAS (CORTANTE + DIAMANTADA)	167191	10173550050	R\$ 2.800,00
83	KIT DE RIZOTOMIA	152330	80051250016	R\$ 7.750,00
84	KIT DILATADOR AMPLATZ (UROLOGIA)	134797	80308320015	R\$ 2.800,00
85	KIT ELETRODO NAVX	107537	10332340275	R\$ 3.062,00
86	KIT GASTROSTOMIA (PEG 24)	269040	80020550057	R\$ 1.008,00
87	KIT MONITORIZACAO DE PIC (INCLUI CATETER)	70354650	80208360019	R\$ 5.800,00
89	KIT MONITORIZACAO DO NERVO FACIAL	105033	10166360050	R\$ 9.000,00
90	KIT PNEUMOTORAX	70183015	10332200060	R\$ 1.275,00
91	KIT VERTEBROPLASTIA	93747	10212990118	R\$ 8.500,00

92	LIBERADOR DE MOLAS (SISTEMA DE DESTACAMENTO)	105163	10212990072	R\$ 1.496,25
93	MANIPULADOR UTERINO	260992	80102511022	R\$ 1.670,00
94	MANTA TERMICA	262187	10349000381	R\$ 250,00
95	MARCAPASSO MULTISITIO	155152	10339190556	R\$ 35.000,00
96	MARCAPASSO TEMPORARIO	70204829	10289680066	R\$ 980,00
97	MASCARA LARINGEA	148058	80292900027	R\$ 287,50
98	MEMBRANA DURAGEN 5 X 5	70377006	10306840095	R\$ 3.500,00
99	MEMBRANA DURAGEN 7,5 X 7,5	70377014	10306840095	R\$ 7.500,00
100	MICRO MOLA	70392200	80065320063	R\$ 6.825,00
101	MICROCATETER CEREBRAL	85336	80005430250	R\$ 3.900,00
102	OGIVA PARA ROTABLATOR	70036756	10341350329	R\$ 4.457,40
103	PAPILOTOMO TRIPLO LUMEN	70409358	10334780009	R\$ 1.800,00
104	PARTICULAS DE PVA	7548	10212990054	R\$ 1.600,00
105	PATCH CAROTIDA	97577	80003890013	R\$ 1.530,00
106	PLASMA LIGTH	90020677	106830102003 1	R\$ 113,02
107	POSICIONADOR DE CORACAO	67562	10339190288	R\$ 5.200,00
108	RESERVATORIO TIPO PERA	70828458	10132590602	R\$ 350,00
109	RETRATOR ALEXIS	70009201	10334020036	R\$ 1.100,00
110	SELANTE DE DURAMATER DURASEAL 5ML	70201722	10306840137	R\$ 8.600,00
111	SERINGA INJETORA DE CONTRASTE	92690	80384380035	R\$ 135,00
112	SERINGA INSUFLADORA (INDEFLATOR)	260858	80446140008	R\$ 210,00
113	SHUNT CAROTIDA	263890	80202910075	R\$ 1.376,00
114	SISTEMA DE ROTABLATOR	245015	10341350329	R\$ 3.780,00
115	SONDA NASO ENTERAL FREKA	70713774	80145110220	R\$ 92,00
116	STENT AUTO EXPANSIVEL PARA ANGIOPLASTIA PERIFERICA	71295526	10413960170	R\$ 8.500,00
117	SURGICEL 10 X 10	240885	80145901387	R\$ 544,26
118	SURGICEL 2 X 3	70853800	10132590073	R\$ 135,00
119	SURGICEL 5,5 X 7,5	70327475	10132590056	R\$ 180,00
120	SURGICEL FIBRILAR	70327483	80145900771	R\$ 765,00
121	TELA DE PROLENE 15 X 15	244321	10132590105	R\$ 495,00
122	TELA DE PROLENE 30 X 30	244323	10132590105	R\$ 895,00
123	TESOURA ULTRACISION	243068	10413960203	R\$ 2.000,00
124	TRANSDUTOR DE PRESSAO	70860874	80219050066	R\$ 624,00
125	TROCARTER DESCARTAVEL (5MM A 12MM)	70764344	80065320204	R\$ 720,00
126	TUBO DE CARLENS	121650	10297020039	R\$ 705,00
127	TUBO DE VENTILACAO	248129	80073250030	R\$ 260,00
128	TUBO EXTENSOR PARA BOMBA	253019	80174309003	R\$ 122,00

OBS: OS VALORES CONSTANTES NESTA TABELA ISENTAM DA APRESENTAÇÃO DE NOTA FISCAL DE COMPRA, TODAVIA, REQUER A APRESENTAÇÃO PARA AUDITORIA DOS ENVÓLUCROS ORIGINAIS DOS PRODUTOS.



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
Hospital de Guarnição de Natal - HGuN
(Hospital Militar de Natal/1941)

FICHA DE CONTROLE E AUDITORIA DAS SESSÕES DE TERAPIA

Dados do Paciente

Nome da Criança: _____ Idade: _____
Nome do Responsável Legal: _____
Nº Guia de Encaminhamento: _____ Mês: _____ Ano: _____
Carga Horária Prescrita (semanal): _____ horas Terapia: _____
Nome do profissional: _____ Nº Registro de classe: _____
Supervisor Responsável: _____ Nº Registro de classe: _____

Controle de Sessões Realizadas

Data	Local: Clínica/Domiciliar/ Escola	Horário		Duração (horas)	Assinatura	
		Início	Fim		Profissional	Responsável

Supervisor Clínico Responsável/Carimbo

Responsável Legal

Observação: Para que o tratamento seja autorizado, é necessário preenchimento de todos os campos acima. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente. O credenciante disponibilizará este formulário em forma editável.

SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PRESTADOR:			
NOME COMPLETO:		DATA DE NASCIMENTO:	
IDADE:	SEXO:	PREC CP:	
OM VINC:		TELEFONE:	

PROCEDIMENTO SOLICITADOS		URGÊNCIA () ELETIVO ()	
NOME:		CÓDIGO:	QTD

TIPO DE TRATAMENTO: () AMBULATÓRIO () INTERNADO
SE NECESSÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO, JUSTIFICAR:

TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO			
() NEOADJUVANTE	() ADJUVANTE	() PALIATIVO	() ASSOCIADO A RADIOTERAPIA
PRIMEIRO TRATAMENTO:			
DIAGNOSTICO:		DATA:	
ESTADIO:	T:	N:	M:
PERFORMANCE STATUS:	CID10:		

RECIDIVA

TRATAMENTOS ANTERIORES (DESCREVER DROGAS UTILIZADAS):

DATA DA ÚLTIMA RECIDIVA/PROGRESSÃO:	PERFORMANCE STATUS ATUAL:
-------------------------------------	---------------------------

PROTOCOLO

SIGLA OU DESCRIÇÃO:	QUANTOS CICLOS:			
CICLO ATUAL:	ALTURA:	PESO:	SUP. CORPORAL:	CICLOS PREVISTOS:

Medicamentos Pré e QT	Dose P/M	UNID	DIAS	Dose Atual	Via Adm

TRATAMENTO RADIO TERÁPICO

TIPO: () EXCLUSIVA () COMBINADA () NEOADJUVANTE () ADJUVANTE () BRAQUITERAPIA
--

APARELHO:

TIPO DE TRATAMENTO

TUMOR PRIMÁRIO LEITO TUMORAL	DOSE TOTAL	FRAÇÕES DIA	Nº DE CAMPOS
ÁREA DE DRENAGEM LINFÁTICA			
METÁSTASE			
LOCAL IRRADIADO			
BRAQUITERAPIA C/ANESTESIA	() NÃO	() SIM	JUSTIFICATIVA:
ANESTESIA	() NÃO	() SIM	JUSTIFICATIVA:

Data da Solicitação: __/__/__

Data da autorização: __/__/__

Assinatura e CRM do médico solicitante

Assinatura e CRM do médico auditor

Observação: Para que o tratamento seja autorizado, é necessário preenchimento de todos os campos acima. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente. O credenciante disponibilizará este formulário em forma editável.

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME COMPLETO:		
IDADE:	SEXO:	PREC CP:
OM VINC:	TELEFONE:	

PATOLOGIA DE BASE:		CID:
QUADRO CLÍNICO:		
PROCEDIMENTO SOLICITADOS	URGÊNCIA () ELETIVA ()	
NOME:	CÓDIGO:	QTD

MATERIAL NECESSÁRIO	TAMANHO/TIPO	QTD
MEDICAÇÃO	DOSE	QTD

INTERNAÇÃO: SIM () NÃO () APOIO RADIOLÓGICO: SIM () NÃO () APARELHO DE ULTRASSONOGRAFIA: SIM () NÃO () RESERVA DE UTI: SIM () NÃO () ANESTESISTA MILITAR: SIM () NÃO () RESERVA DE SANGUE: SIM () NÃO ()	LOCAL: HGUN () OCS: _____ DATA PROVÁVEL: ____/____/____ ÀS ____:____ VIR COM ACOMPANHANTE E TRAZER O TERMO DE CONSENTIMENTO, DOCUMENTOS, SOLICITAÇÃO E EXAMES.
---	--

CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO	HOMOLOGAÇÃO MÉDICO MILITAR
Natal, RN ____/____/____	Natal, RN ____/____/____

Observação: Para que o tratamento seja autorizado, é necessário preenchimento de todos os campos acima. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente. O credenciante disponibilizará este formulário em forma editável.

Natal-RN, 27 de novembro de 2025

Josiany Bezerra Dantas – Cel QCO Enf
DIRETORA DO H GuN