ANEXO M - LISTA REFERENCIAL DO FUSEX DA GUARNIÇÃO DE JAGUARÃO

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 6ª DE
12º REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO
(2º R Auto Mtr de Cav/1943)

REGIMENTO MARECHAL JOSÉ PESSOA

LISTA REFERENCIAL DO FUSEX DA GUARNIÇÃO DE JAGUARÃO

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

SERVIÇOS HOSPITALARES	Valor (R$)
DIARIAS	
Diária de semiprivativo	350,00
Unidade de atendimento coronariano	233,00
Berçário de alto risco / patológico	104,00
Berçário normal	70,00
Enfermaria	94,00
Hospital dia	90,00
Obs PS acima 06 h	65,00
Obs PS até 06 h	45,00
UTI Adulto	275,00
UTI Neonatal	372,00
UTI Pediátrico	372,00
TX SALA	
Porte 0 - pequena cirurgia	37,00
Porte 1 - pequena cirurgia	83,00
Porte 2 - média cirurgia	129,00
Porte 3 - média cirurgia.	161,00
Porte 4 - grande cirurgia	225,00
Porte 5 - grande cirurgia	278,00
Porte 6 - especial	483,00
Porte 7 - especial	555,00
Sl de recuperação pós-anestésico	33,00
Sl de endoscopia/ uro/ resp./colono	35,00

Sl de Gesso	20,00
Sl de Radiologia e Ex. Contrast.	25,00
Sl de Quimioterapia sessão	35,00
TX INSTRUMENTAL	
Porte 0 - pequena cirurgia	9,00
Porte 1 - pequena cirurgia	17,00
Porte 2 - média cirurgia	24,00
Porte 3 - média cirurgia	33,00
Porte 4 - grande cirurgia	39,00
Porte 5 - grande cirurgia	47,00
Porte 6 - especial	57,00
Porte 7 - especial	62,00
GASES	
Ar comprimido	8,00
Gás Carbônico	8,00
Oxido Nitroso / Protóxido Azoto	20,00
Oxigênio hora	10,50
TX SERV. ADMINISTRATIVOS	
Necrotério	33,00
Registro de atendimento ambulatorial pediátrico	14,00
Registro de atendimento externo	8,00
Registro de internação	15,00
REFEIÇÃO	
Acompanhantes de menores de 18 anos ou maiores de 60 anos	7,00
TX SERVIÇOS ESPECIAIS	
Cirurgia estereotáxica	170,00
Curativo grande - Unidade	15,00
Curativo médio – Unidade	8,00
Curativo pequeno - Unidade	6,00
Curativo especial – Unidade	24,00
Diálise Peritoneal - Sessão fora da sala específica	42,00
Curativo grande - Unidade	15,00
Retirada de ponto	8,00
Retinografia	10,00
Retirada de gesso	5,00
Hemodiálise - Sessão fora da sala específica	85,00
Retirada de ponto	8,00
Nebulização - Sessão inclui O2.	9,00
Taxa de isolamento	26,00
TX EQUIPAMENTOS	
Aparelho de anestesia	51,00
Aparelho de RX (CTI E BC)	25,00

Aparelho fototerapia	24,00
Aparelho de Criodiatermia oftálmica (uso)	16,00
Aspirador de secreção (Apto e Enfermaria)	6,00
Balão Intra-Aórtico monitorização – 1ª hora	58,00
Balão Intra-Aórtico monitorização – hora subseqüente	9,00
Berço aquecido 24 h fora UTI (dia)	16,00
Bisturi Elétrico bi	26,00
Bisturi Elétrico mono	18,00
Bomba de circulação extra-corpórea	36,00
Broncoscópio - ap. cirúrgico	53,00
Campimetria computadorizada	26,00
Caneta p/ Dermo Abrasão	18,00
Capnógrafo	33,00
Cardi tacógrafo	15,00
Colonoscópio ap. cirúrgico/diagnóstico	68,00
Craniótomo	110,00
Dermátomo elétrico	16,00
Desfibrilador	31,00
Diatermia (uso)	17,00
Eletrocardiógrafo	12,00
Eletroconvulsoterapia	18,00
Eletroencefalografia	24,00
Endoscopia apar. Urológica cirúrgico/diagnóstico	200,00
Endoscopia digestiva ap. Cirúrgico/diagnóstico	52,00
Endoscopia respiratória cirúrgico	200,00
Equipamento de Hemodinâmica	300,00
Equipamento urodinâmica	30,00
Faco-emulsificação	38,00
Fotocoagulação com lazer	15,00
Incubadora 24 h fora UTI	25,00
Intensificador imagem - grandes cirurgias	180,00
Intensificador imagem - médias cirurgias	140,00
Laparoscopia ap. – Cirúrgico /Diagnóstico	210,00
Marca passo temporário	38,00
Microscópio cirúrgico	42,00
Microscópio oftalmológico	27,00
Monitor de gases halogenados	27,00
Monitor de PA craniana	30,00
Monitor ECG	24,00
Oxímetro pulso (fora do CTI e BC)	27,00
Pistola p/ biópsia de próstata e renal	15,00
PNI (fora do CTI e BC)	20,00

Pressão invasiva	24,00
Quadro balcânico	24,00
Rádio-freqüência (arritmia)	163,00
Respirador de volume – 1ª hora	41,00
Respirador de volume – hora subseqüente	7,00
Respirador de pressão – 1ª hora	27,00
Respirador de pressão – hora subseqüente	4,50
Retossigmoidoscopia ap. Cirúrgico /diagnóstico	57,00
Toracoscopia ap. Cirúrgico /diagnóstico	200,00
Vídeo-Artroscópio ap. cirúrgico	233,00
Videoscópio cirúrgico /diagnóstico	233,00
Vitreógrafo	128,00
BIPAP	20,00
OUTROS ITENS	
Filme m²	20,50
Remoção – Bandeirada	23,00
Remoção – km rodado	2,30

INSTRUÇÕES GERAIS

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

No valor das diárias deverão estar incluídos:

a) Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade.
b) Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, copeira e serviços gerais.
c) Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental.
d) Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia), incluindo café da manhã do acompanhante.
e) Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
f) Orientação nutricional no momento da alta; Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, ultra-som, etc).
g) Aspirador de secreções.
h) Taxa de vigilância epidemiológica.
i) Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas.
j) Equipamentos de proteção individual (EPI).
k) Fototerapia até 24 horas, em caso de berçário.
l) Alimentação após 6 horas, em caso de paciente em pronto-socorro.

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

No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

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

No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

4. Diárias Especiais de Berçário de Alto Risco

No valor das diárias deverão estar incluídos:

a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1, incluindo a acomodação de acompanhante.
b) Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP, oxímetro de pulso e fototerapia até 24 horas.

5. Taxas de Sala em Centro Cirúrgico / Obstétrico

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

a) Sala Cirúrgica - portes 0 a 7 da Lista Referencial de Honorários Médicos: local; mesa operatória; rouparia de sala, da enfermagem e médico; serviço enfermagem do procedimento; assepsia e anti-sepsia da equipe, paciente e ambiente; paramentação de toda a equipe, esterilização do material, monitor de multiparâmetros (ECG contínuo, PNI, monitor de pressão invasiva e oxímetro de pulso), carrinho de anestesia, exceto em caso de anestesia geral, raqui ou peridural, Iluminação (foco); controle dos sinais vitais, locomoção do paciente e aspirador de secreções.
b) Taxa de curativo, exceto curativo especial.
c) Taxa de vigilância epidemiológica.
d) Aspirador de secreções e berço aquecido.
e) EPI

6) Taxas de sala de Recuperação pós-anestésica

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

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

7) Taxa de Hemodinâmica:

a) Será de acordo com o porte anestésico do procedimento da Lista Referencial de Honorários Médicos negociada.
b) Quando realizados simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrada 100% da taxa de sala de maior porte e 50% da taxa de sala do segundo procedimento. A taxa de instrumental só cabe a cobrança do de maior porte.
c) Serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e uso de cosméticos, paramentação de toda a equipe, monitoração cardíaca , curativos pequeno e médio, PNI, bomba de infusão, oximetria, TX de assepsia, TX de vigilância epidemiológica, desfibrilador e EPIs.
d) Taxa de sala e taxa de instrumental.

8) Taxas de Sala Fora do Centro Cirúrgico

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

No valor das taxas deverão estar incluídos:

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

9) Taxas de Sala de Gesso

Será paga somente em caso de instalação de gesso.

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

10) Taxa de Sala de Quimioterapia:

Somente em caso de pacientes em tratamento ambulatorial. Deverá incluir:

a) Sala de preparo do quimioterápico, quimioterapia sessão, serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos, paramentação de toda a equipe, curativos pequenos e médios e EPIs.
b) Não cabe a cobrança de taxa de sala para administração via subcutânea e/ou via oral.

11) Notas complementares

1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
2. Videoeletroencefalograma – Pacote incluindo Honorários Médicos / Mat / Med / D/T , com autorização prévia e somente para tratamento específico da epilepsia, nos seguintes valores:
    a. VEEG 24h – R$2.060,00;
    b. VEEG 48h – R$3.620,00;
    c. VEEG 72h – R$5.080,00; e
    d. VEEG 96h – R$6.340,00.
3. A medicação paga será a GENÉRICA de menor valor existente no mercado, de acordo com a prescrição médica. Caso houver justificativa médica a medicação poderá ser a ética, ficando a contratada responsável em apresentar tal justificativa, ficando a verificação *in loco* do serviço de auditoria, se necessário.
    a. Referencial para cobrança de medicamentos:
        1) Atrovent e Berotec: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro).
        2) Xylocaína líquida: será cobrada por ml.
        3) Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).
        4) Cepacol: será cobrado 10 ml (dez mililitros) /dia.
        5) Dersani: será cobrado 20 ml (vinte mililitros) /dia.
4. Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.
5. Taxas de registro de internação interno ou externo será paga 01 (uma) por paciente.
6. Honorário de fisioterapia será pago um por dia 24h (vinte e quatro horas) em apartamento e CTI.
7. Placa de eletrocautério descartável será pago somente quando seu uso for indicado, sendo necessário descrição em folha de sala e embalagem anexada no prontuário.
8. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia, salvo quando for em criança ou adulto com restrição hídrica.
9. As trocas de materiais serão pagas conforme estabelecido nas **Instruções Gerais** desta Lista Referencial.

10. Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência, terão que ter autorização prévia do SAMMED/FuSEx da Gu BH.
11. Será paga o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
12. Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
13. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
14. Taxa de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.
15. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48hs para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
16. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
17. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de registro.
18. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
19. A taxa de aerosolterapia está incluída no uso de gases.
20. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
21. As luvas de procedimento serão pagos 24 (vinte e quatro) pares por dia no CTI, 06 (seis) pares em apartamento ou enfermaria. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
22. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
23. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
24. A visita do nutrólogo deverá ser pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta enteral e parenteral.
25. As fraldas descartáveis serão pagas até 06 (seis) unidades por dia, salvo em casos de paciente com quadro diarréico.
26. Os curativos especiais serão pagos conforme tabelas constantes no Capítulo V desta Lista Referencial, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.
27. A Aquisição de órteses, próteses e materiais especiais cirúrgicos (reutilizados), cujo valor for superior a R$ 200,00 (duzentos reais), será paga de acordo com os parâmetros constantes no Capítulo III desta Lista Referencial, mediante autorização prévia da CONTRATANTE, após apresentação, pela CONTRATADA, de três orçamentos (propostas) de empresas que possuam registro junto à ANVISA, anexando relatório onde conste o CID-10 e todos os demais parâmetros para autorização da compra do material solicitado. Será utilizadas como referência para medicamentos a tabela BRASÍNDICE, considerando todas as alterações estabelecidas pela ANVISA.
28. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.
29. Quando realizado simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrado 100% da taxa de sala de maior valor e 50% (cinqüenta por cento) da taxa de sala do segundo procedimento. A taxa de instrumental será paga somente a de maior porte.
30. Não haverá taxa de registro para a realização de exames e para a realização de procedimentos em pacientes crônicos, tais como: curativos, troca de sonda, etc.
31. Os materiais, contrastes radiológicos e as dietas serão pagos conforme Tabela Referencial do FuSEx. Quando algum item não constar dessa tabela, o prestador de serviço deverá apresentar 03 (três) orçamentos com valores praticados no mercado, sendo a margem de comercialização de 25% (vinte e cinco por cento). Em relação a marca, será adotada a de menor valor, exceto em casos específicos, que terá que ter justificativa médica e embalagem do produto, juntamente com a Nota Fiscal, anexadas em prontuário, sendo obrigatória autorização prévia do FuSEx.
32. A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário.
33. Curativo de recém nato (coto umbilical) não será coberto.
34. Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.
35. Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.
36. Materiais descartáveis não cobertos pelo FuSEx estão descritos no Capítulo II desta Lista Referencial.

CAPÍTULO II - Materiais descartáveis não cobertos pelo FuSEx

1) Absorvente Higiênico

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

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

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

1. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
2. AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL: Será pago 1/5 do valor.
3. AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
4. AGULHA DE VERESS: Será pago 1/3.
5. ALÇA DE POLIPECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
6. ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU: Será pago 1/5 do valor.
7. AORTIC PUNCH: Será pago valor integral.
8. APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR: Será pago para tricotomia em pré-operatório e no máximo 02 Unidades.
9. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: pagar 01 sonda, 01 par de luvas de plástico e 01 Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 ml por aspiração, até 06 por dia .
10. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
11. BALÃO HIDROSTÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
12. BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.
13. BALÃO PNEUMÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
14. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
15. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
16. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.
17. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
18. BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.
19. BULL DOG: Não será pago.
20. CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF): Será pago 1/5 do valor.
21. CABO CONEXÃO – CONESÃO 603: Será pago 1/5 do valor.
22. CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.
23. CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH): Será pago 1/3 do valor.
24. CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.
25. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
26. CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
27. CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.
28. CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
29. CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
30. CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.
31. CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
32. CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.
33. CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.
34. CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
35. CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. A embalagem deverá ser anexada.
36. CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.
37. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.
38. CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.
39. CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.
40. CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.
41. CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.
42. CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
43. CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.
44. CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.
45. CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.

46. CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.
47. CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.
48. CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
49. CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.
50. CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.
51. CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.
52. CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.
53. CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.
54. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25/07, 01 ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
55. CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.
56. CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.
57. CATETER MULTIPOURPOSE: Será pago 1/4 do valor.
58. CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.
59. CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.
60. CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.
61. CATÉTER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.
62. SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.
63. CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
64. CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.
65. CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.
66. CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
67. CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.
68. CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
69. CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.
70. CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
71. CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.
72. CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
73. CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.
74. CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.
75. CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).
76. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
77. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
78. COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.
79. CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago 1/5 do valor.
80. CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.
81. CPAP NASAL: NÃO.
82. DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.
83. DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
84. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .
85. ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.
86. ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.
87. ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.
88. EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.
89. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
90. ESCLERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
91. ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.
92. EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
93. EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.
94. EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.
95. FAIXA SMARCH: Será paga 1/5.
96. FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
97. FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
98. FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.
99. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
100. FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA: Será pago 1/3 do valor.
101. FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.

102. FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarréia.
103. FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago pago valor integral se houver solicitação médica.
104. GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..
105. GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.
106. HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
107. Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
108. Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
109. Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado
110. INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago integral.
111. INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
112. INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
113. ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
114. JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias.Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .
115. KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
116. KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.
117. KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respeCTIva embalagem em anexo.
118. KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
119. KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
120. KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.
121. KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
122. LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
123. LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.
124. LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.
125. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
126. MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.
127. MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.
128. MANTA CAREQUILT: NÃO.
129. MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.
130. MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40cm para acesso venoso de adulto 20cm para criança), ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
131. ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.
132. PAPILÓTOMA: Será pago 1/3 do valor.
133. PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
134. PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72h para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
135. PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
136. PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.
137. PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.
138. PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
139. PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.
140. PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
141. PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.
142. REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.
143. ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.
144. SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.
145. SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.
146. SERRA DE GIGLI: NÃO.
147. SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.
148. SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.
149. SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.

150. SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.
151. SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.
152. SONDA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.
153. SONDA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
154. SONDA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.
155. SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
156. SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
157. STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
158. STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
159. SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.
160. TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.
161. TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.
162. TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
163. TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.
164. TROCATER: Será pago valor integral.
165. TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
166. TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.
167. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
168. VÁLVULA HEMOSTÁTICA 2 OU 3 VIAS (CONECTOR Y): Será pago 1/3 do valor.

OBSERVAÇÃO:

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

CAPÍTULO IV - Procedimentos radiológicos contrastados.

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

NEURORADIOLOGIA

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

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

CARDIOLOGIA

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Cateterismo cardíaco	Telebrix – Optiray	100 a 300 ml
Cat + Angioplastia	Telebrix – Optiray	200 a 350 ml

APARELHO DIGESTIVO

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

APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Em todos os procedimentos usa-se com igual volume iodado iônico injetável;
Nos estudos do abdome superior e pelve cabe a cobrança de contraste oral: bário especial ou 1 frasco de iodado de 50 ml diluído em água ou soro.

PROCEDIMENTO	PRDUTO/TIPO	QUANTIDADE
Tomografia comp. Abdome sup.	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Abdome sup.	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Articulações	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Coluna (s/ mielo)	Iodados	100ml
Tomografia comp.Coluna (Seg.adic)	Iodados	100ml
Tomomielografia	Iodados	100 ml
Tomomielografia + intratecal	Não-iônicos-350	20 ml
TC crânio, cela, orbital	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Dinâmica	Iodados	100/150 ml

PROCEDIMENTO	PRDUTO/TIPO	QUANTIDADE
Tomografia comp. Face- S.F.-T.M.	Iodados	100 ml
TC Mastóides – ouvidos	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Pescoço	Iodados	100 ml
TC segmento apêndice	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Tórax (não vasos)	Iodados	100 ml
TC Tórax (vasos e mediastino)	Iodados	150 ml

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

- CAPÍTULO V – Classificação dos curativos para pagamento de taxas.

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

CURATIVOS ESPECIAIS:

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

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