MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 6ª DE
12º REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO
(2º Regimento Auto Metralhadoras de Cavalaria/1943)
"REGIMENTO MARECHAL JOSÉ PESSOA"
UG – FUSEX - 160383

ANEXO

REFERENCIAL DE PREÇOS DO 12º R C MEC – JAGUARÃO - RS

PARA ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE (OCS) – PESSOA JURÍDICA E PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2026

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Este documento discrimina as definições, conceituações, tabelas, índices, valores e outros serviços de saúde objetos do credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) da UG – FUSEX – 12º R C Mec, nas especialidades de **Acupuntura, Alergologia, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Exames de Diagnóstico por Imagem, Exames de Diagnóstico por Imagem em Odontologia, Exames Laboratoriais, Fisiatria, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Hepatologia, Imunologia, Infectologia, Laboratório de Análises Clínicas, Laboratório de Patologia Médica, Laboratório de Patologia Odontológica, Mastologia, Medicina Hiperbárica, Medicina Nuclear, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Neuropediatria, Nutrição, Nutrologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica / Medicina Laboratorial, Patologia Clínica em Odontologia, Patologia Clínica em Psicopedagogia, Pediatria, Pneumologia, Odontologia clínica ou cirúrgica, Prótese em Odontologia, Psicologia, Psicopedagogia, Psiquiatria, Quiropraxia, Radiologia, Remoções Terrestres, Reumatologia, Terapia Ocupacional, Urologia, Vascular, para um eficiente atendimento médico-hospitalar, ambulatorial, odontológico e laboratorial aos usuários.**

1.2 Os procedimentos que não constam no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência

Nacional de Vigilância Sanitária), não tem cobertura pelos sistemas FUSEx (SAMMED / PASS e EX-COMBATENTE).

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

1.4 Materiais não cobertos pelo FUSEx, orientações gerais sobre reuso de materiais, fracionamento, curativos e uso de contrastes estão constantes do Anexo AB do Edital.

2. HONORÁRIOS MÉDICOS

Os honorários médicos corresponderão aos valores constantes da tabela CBHPM 2016.1A como referencial, com portes e UCO de R$19,36, publicados em 2016, com deflator de 20%. No caso de procedimentos não constantes dessa tabela, serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação acordada neste instrumento.

3. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

Para procedimentos relativos a Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) será utilizada a tabela CBHPM 2016, como referencial, com portes e UCO de R$19,36, publicados em 2016. Procedimentos não constantes dessa tabela serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação acordada neste instrumento.

4. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM

A Unidade de Custo Operacional da CBHPM publicado em 2016 foi no valor de R$ 19,36 (dezenove reais e trinta e seis centavos), sendo os portes publicados no mesmo ano conforme tabela abaixo:

1A	R$ 17,38	5C	R$ 394,11	10B	R$ 1.306,09
1B	R$ 34,75	6A	R$ 429,25	10C	R$ 1.449,67
1C	R$ 52,14	6B	R$ 472,04	11A	R$ 1.533,70
2A	R$ 69,53	6C	R$ 516,33	11B	R$ 1.681,88
2B	R$ 91,65	7A	R$ 557,58	11C	R$ 1.845,34
2C	R$ 108,46	7B	R$ 617,15	12A	R$ 1.912,54
3A	R$ 148,20	7C	R$ 730,18	12B	R$ 2.056,14
3B	R$ 189,37	8A	R$ 788,24	12C	R$ 2.518,99
3C	R$ 216,92	8B	R$ 826,43	13A	R$ 2.772,57
4A	R$ 258,16	8C	R$ 876,83	13B	R$ 3.041,43

4B	R$ 282,61	9A	R$ 931,84	13C	R$ 3.363,75
4C	R$ 319,27	9B	R$ 1.018,91	14A	R$ 3.748,70
5A	R$ 343,70	9C	R$ 1.122,76	14B	R$ 4.078,67
5B	R$ 371,21	10A	R$ 1.205,27	14C	R$ 4.498,75

5. CONSULTA MÉDICA

5.1 Para **consulta médica em consultório** (horário normal ou preestabelecido) em todas as especialidades, o valor praticado será de **R$ 91,86** (noventa e um reais e oitenta e seis centavos);

5.2 Para **consulta médica de urgência e emergência** (em pronto socorro) em todas as especialidades, o valor praticado será de **R$ 91,86** (noventa e um reais e oitenta e seis centavos);

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

5.4 A regra acima não se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados;

5.5 O honorário da visita médica hospitalar (paciente internado) será de acordo com a tabela CBHPM 2016 com portes e UCO de R$ 19,36 publicados em 2016 com deflator de 20%;

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

5.7 Retorno de consulta de urgência/emergência: Não existe retorno nos atendimentos em Pronto Socorro;

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

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

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

semanais por beneficiário. Para sessão psicoterápica individual com psiquiatra o valor praticado será de R$ 60,00 (sessenta reais).

6. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Para os materiais descartáveis será utilizado como referencial o preço de fábrica (PF) constante no guia farmacêutico BRASÍNDICE, vigente no mês do atendimento, caso o material utilizado não conste no BRASÍNDICE será utilizado o catálogo SIMPRO, vigente do mês do atendimento, não incidirão taxas de comercialização. Materiais descartáveis com valor monetário superior a R$ 600,00 (seiscentos reais) necessitam de aprovação da CREDENCIANTE.

7. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E RADIOFÁRMACOS

7.1 Os medicamentos serão pagos de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE vigente a época do atendimento, remunerado pelo preço de Fábrica (PF);

7.2 Para medicamentos de uso restrito hospitalar e quimioterápicos, serão pagos de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente à época do atendimento, remunerado pelo preço de Fábrica (PF);

7.3 Os produtos nutricionais e equipos para nutrição serão pagos de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente à época do atendimento, remunerados pelo preço de fábrica com deflator de 40% (quarenta por cento) ou pela apresentação de nota fiscal original de compra com aditivo de 20%, como taxa de logística do insumo;

7.4 Os radiofármaco serão remunerados conforme o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, vigente a época do atendimento, remunerado pelo preço de Fábrica (PF);

7.5 Medicamentos com valor monetário superior a R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) necessitam de aprovação da CREDENCIANTE;

8. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

8.1 Para OPME será utilizado o sistema de cotação de três fornecedores, que serão submetidos à auditoria prévia, e após autorizados, será pago o de menor valor com apresentação de nota fiscal e com margem de comercialização de 10% (dez por cento);

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

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

8.4 Para os casos de cirurgias de facectomia com uso de lente intra ocular, se o beneficiário optar pela utilização de lentes diferentes das cobertas pelo sistema, o mesmo deverá assinar termo de opção de lente, no qual abre mão da lente fornecida pelo FUSEx (SAMMED / PASS e Ex-COMBATENTE),

comprometendo-se a arcar com todas as despesas referentes ao referido material, não cabendo ressarcimento;

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

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

9. FILME RADIOLÓGICO

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

10. NUTRICIONISTA

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

10.2 As consultas com nutricionista serão remuneradas da seguinte forma:

Código	Descrição	Valor R$
10101300	Consulta ao nutricionista	R$ 60,00

11. FISIOTERAPIA

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

11.2 O atendimento domiciliar será limitado à Região de Jaguarão-RS, local da UG CREDENCIANTE, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento;

11.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remuneradas com quaisquer taxas adicionais de deslocamento;

11.4 O procedimento de biofeedback (código: 20103131) será remunerado em conformidade com a tabela CBHPM 2016, como referencial, com portes e UCO publicados em 2016, com deflator de 20%.

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

Nº	Código	Descrição	Valor R$
1	500251055	Acupuntura, por sessão	86,77

2	500251052	Atendimento fisioterapêutico domiciliar, por sessão	45,00
4	10101222	Consulta fisioterapêutica, avaliação inicial	45,00
5	500251062	Disfunção Temporo Mandibular (DTM)	38,76
6	500251033	Drenagem Linfática, Massoterapia, por sessão	35,00
7	500251022	Fisioterapia convencional respiratória	27,69
8	500251015	Fisioterapia convencional motora	27,69
9	50025116	Hidroterapia, por sessão	45.00
10	500251059	Pilates em grupo, por sessão	50.00
12	500251063	Quiropraxia, por sessão	50.00
13	500251058	Reeducação Postural Global (RPG)	40,00
14	-	Fisioterapia técnica de BOBATH, por sessão	108,00

12. PSICOLOGIA

12.1 As sessões de psicoterapia deverão ter a duração de 50 minutos;

12.2 O atendimento domiciliar será limitado à Região de Jaguarão-RS, local da UG CREDENCIANTE, após liberação expressa da CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento;

12.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento;

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

Nº	**Código**	**Descrição**	**Valor R$**
1	20104322	Atendimento em Psicologia, por sessão	60.00
2	20104322	Avaliação neuropsicológica, por 6 sessões	4.037,46
3	10101221	Consulta de avaliação psicológica para porte de armas de fogo, por 5 sessões	300,00

4	20104322	Psicodiagnóstico, por 6 sessões	240,00
5	20104287	Psicopedagogia, por sessão	34,18
6	20104322	Sessão de psicoterapia ambientoterapia/hospitalar	85,46
7	20104322	Sessão de psicoterapia atendimento integrado, por sessão	100,00
8	20104197	Sessão de psicoterapia de casal, por sessão	148,20
9	20104322	Sessão de psicoterapia de família, com toda família, por sessão	88.89
10	20104200	Sessão de psicoterapia de grupo, por paciente, por sessão	88,89
11	20104322	Sessão de psicoterapia domiciliar, por sessão	60.00
12	10106030	Sessão de psicoterapia familiar, com os pais, por sessão	88.89
13	20104309	Sessão de psicoterapia individual, por sessão	60.00
14	20104227	Sessão de psicoterapia infantil (até 12 anos), por sessão	108,46
15	20104322	Estimulação precoce, por sessão	60,00
16	20104322	A.T. – Acompanhamento terapêutico, por sessão	80,00

13. TERAPIA OCUPACIONAL

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

13.2 O atendimento domiciliar será limitado à Região de Jaguarão-RS, local da UG CREDENCIANTE, após liberação expressa da CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

13.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento.

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

Nº	**Código**	**Descrição**	**Valor R$**
1	201041000	Terapia ocupacional, por sessão	41,53

14. FONOAUDIOLOGIA

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

14.2 O atendimento domiciliar será limitado à Região de Jaguarão-RS, local da UG CREDENCIANTE, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

14.3 Nos casos de atendimento domiciliar, as CREDENCIADAS não serão remunerados com quaisquer taxas adicionais de deslocamento.

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

Nº	Código	Descrição	Valor R$
1	40103013	Análise computadorizada da voz	168,22
2	40103048	Audiometria (tipo Von Bekesy)	126,08
3	40103064	Audiometria de tronco ou cerebral (PEA) BERA	488,42
4	40103072	Audiometria ocupacional, por sessão	11,18
5	40103072	Audiometria tonal limiar com testes de discriminação	35,00
6	40103080	Audiometria tonal limiar infantil condicionada (qualquer técnica) - Peep-show	182,18
7	40103099	Audiometria vocal – pesquisa de limiar de discriminação	69,76
8	40103102	Audiometria vocal – pesquisa de limiar de inteligibilidade	69,76
9	40103110	Audiometria vocal com mensagem competitiva (SSI, SSW)	87,15
10	41301048	Bioimpedanciometria (ambulatorial) exame	34,75
11	40312184	Fonoterapia, Avaliação Inicial Domiciliar, por sessão	50,00
12	40312184	Fonoterapia, Avaliação Inicial, por sessão	34,18
13	40312183	Fonoterapia, Domiciliar, por sessão	50,00
14	40312183	Fonoterapia, por sessão	34,18
15	40103420	Imitanciometria de alta frequência	138,66

16	40103439	Impedanciometria ou Imitanciometria	28,75
17	40103455	Otoemissões acústicas ou produto de distorção	176,50
18	40103463	Otoemissões evocadas ou transientes	176,50
19	40103560	Potenciais auditivos tardios- P300	515,93
20	40103595	Potencial evocado gênito-cortical (PEGC)	337,47
21	40103617	Potencial evocado somato sensitivo – membros inferiores	343,28
22	40103625	Potencial evocado somato sensitivo – membros superiores	343,28
23	40103056	Potencial evocado Steady State (ASSR)	463.99
24	40103072	Processamento Auditivo Central (PAC)	510,76
25	20103638	Reabilitação labiríntica, por sessão	71,50
26	40312183	Terapia do Zumbido, por sessão	30,00
27	41401212	Teste de glicerol (com audiometria tonal limiar pré e pós)	38,34
28	41401220	Teste de glicerol (com eletrococleografia pré e pós)	223,00
29	41401263	Teste de prótese auditiva	47,92
30	41401476	Testes vestibulares com prova calórica e com eletronistagmografia	63,90
31	41401484	Testes vestibulares com prova calórica e sem eletronistagmografia	38,34
32	41401492	Testes vestibulares com vectoeletronistagmografia	95,85
33	40103463	Triagem acústica/teste de orelhinha/otacústico	40,00
34	40103749	Vectoeletronistagmografia computadorizada	95,85

15. ODONTOLOGIA

15.1 Para fins de remuneração de procedimentos em anatomia patológica e citopatologia em odontologia será utilizada a tabela CBHPM 2016, como referencial, com portes e UCO publicados em 2016,

com deflator de 20%. Procedimentos não constantes dessa tabela serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação proposta neste referencial;

15.2 Os procedimentos de diagnóstico por imagem em odontologia relacionados abaixo serão remunerados da seguinte forma:

	PACOTE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	
Inclui:	Procedimentos de radiologia odontológica.	
Exclui:	Procedimentos diagnósticos, prevenção, cirúrgicos, ortodônticos, endodônticos, periodônticos, odontopediatria, dentística e próteses.	
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**
50011001	Radiografia periapical (região)	R$ 15,90
-	Exame periapical completo (14 RX)	R$ 177,84
50011002	Radiografia interproximal (região)	R$ 15,90
50011003	Radiografia oclusal	R$ 35,60
-	Clarck (localização radiográfica)	R$ 37,44
50011006	Panorâmica	R$ 71,17
-	Panorâmica c/ traçado	R$ 83.65
50011007	Telerradiografia	R$ 78,35
50011007	Telerradiografia c/ traçado	R$ 95,22
-	Seios maxilares (Watters)	R$ 78,38

-	Seios frontais (póstero-anterior)	R$ 78,38
-	Projeção axial (Hirtz) (Póstero-anterior)	R$ 78,38
-	Índice carpal (mão e punho)	R$ 85,22
-	Índice carpal (mão e punho) C/ curva de crescimento	R$ 99,25
50011007	Telerradiografia frontal	R$ 78,35
50011007	Telerradiografia frontal c/ análise	R$ 95,22
-	ATM vista lateral	R$ 149,95
50011010	Modelos de estudo ou trabalho	R$ 82,98
50011012	Fotos Adicionais (unidade)	R$ 16,64
-	CD	R$ 15,60
-	Traçados adicionais	R$ 6,00

41001281	Tomografia comp. Maxila completa	R$ 260,00
41001281	Tomografia comp. Mandíbula completa	R$ 260,00
41001281	Tomografia comp. Maxila e mandíbula	R$ 395,20
41001281	Tomografia comp. c/ 1 região	R$ 156,00
41001281	Tomografia comp. c/ 2 regiões	R$ 197,60
41001281	Tomografia comp. c/ 3 regiões	R$ 239,20
41001281	Tomografia comp. Panorâmica	R$ 114,40
41001281	Tomografia comp. Telerradiografia	R$ 114,40
41001281	Tomografia comp. ATM	R$ 140,00
41001281	Tomografia comp. Seios maxilares	R$ 145,60
41001281	Tomografia comp. Face completa	R$ 395,20
41001281	Tomografia gl.sublingual	R$ 145,60
41001281	Tomografia c/ traçado 3D	R$ 156,00

15.3 Outros procedimentos em odontologia relacionados abaixo serão remunerados da seguinte forma:

Nº	Procedimento	Valor
01	Apicetomia de caninos ou incisivos	R$ 175,00
02	Apicetomia de caninos ou incisivos – com obturação retrógrada	R$ 230,00
03	Apicetomia de molares	R$ 175,00
04	Apicetomia de molares – com obturação retrógrada	R$ 260,00
05	Apicetomia de pré-molares	R$ 185,00
06	Apicetomia de pré-molares – com obturação retrógrada	R$ 260,00
07	Amputação radicular com obturação retrógrada – por raiz	R$ 158,00
08	Amputação radicular sem obturação retrógrada – por raiz	R$ 158,00

09	Biópsia	R$ 175,00
10	Cirurgia de cisto	R$ 240,00
11	Cirurgia de tumores intra-ósseos	R$ 240,00
12	Cirurgia para tórus mandibular - bilateral	R$ 240,00
13	Cirurgia para tórus mandibular - unilateral	R$ 120,00
14	Cirurgia para tórus palatino	R$ 120,00
15	Contenção semi-rígida	R$ 175,00
16	Drenagem de abscesso	R$ 175,00
17	Excisão de mucocele em desenbolvimento	R$ 175,00
18	Excisão de rânula	R$ 175,00
19	Exodontia – por elemento	R$ 115,20
20	Exodontia – raiz residual	R$ 115,20
21	Exodontia a retalho	R$ 138,00
22	Fraturas alveólo-dentárias -Redução cruenta	R$ 227,00
23	Fraturas alveólo-dentárias -Redução incruenta	R$ 227,00
24	Frenectomia ou bridectomia	R$ 175,00
25	Odonto-seção – por elemento	R$ 122,00
26	Reimplante de dente (por elemento)	R$ 240,00
27	Remoção de dentes inclusos e impactados	R$ 273,00
28	Remoção de sutura	R$ 80,00
29	Sepultamento radicular	R$ 138,00
30	Tratamento de alveolite	R$ 80,00
31	Tratamento de lesão cística (enucleação)	R$ 155,00
32	Tratamento de processo agudo – por elemento	R$ 155,00

33	Ulectomia	R$ 80,50
34	Ulotomia	R$ 65,00
35	Exame clínico	R$ 80,00
36	Profilaxia dental (polimento coronário) (quatro hemiarcadas)	R$ 85,00
37	Raspagem supra-gengival – por hemiarcada	R$ 99,00
38	Raspagem de tártaro com ultra-som	R$ 85,00
39	TPB (raspagem supragengival mais polimento mais profilaxia oral)	R$ 120,00
40	Aplicação tópica de flúor – por arcada	R$ 70,00
41	Adequação do meio bucal – por arcada	R$ 70,00
42	Ajuste oclusal (por sessão)	R$ 70,00
43	Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz)	R$ 155,00
44	Amputação radicular com obturação retrógrada (por raiz)	R$ 240,00
45	Aumento de coroa clínica (por elemento)	R$ 210,00
46	Cirurgia periodontal a retalho (por elemento)	R$ 175,00
47	Cunha distal	R$ 175,00
48	Esplintagem – por hemiarcada	R$ 195,00
49	Frenectomia ou bridectomia	R$ 195,00
50	Imobilização dentária com resina fotopolimerizável	R$ 210,00
51	Raspagem subgengival com alistamento radicular – por hemiarcada	R$ 120,00
52	Raspagem supragengival – por hemiarcada	R$ 150,00
53	Rizectomia/Hemisecção – por raiz	R$ 175,00
54	Sepultamento radicular – por raiz	R$ 175,00
55	Tratamento de processo agudo – por elemento	R$ 175,00

56	Tratamento não cirúrgio da periodontite leve de baixo risco – por segmento	R$ 115,00
57	Tratamento não cirúrgico da da periodontite moderada médio risco – por segmento	R$ 115,00
58	Tratamento periodental de manutenção para periodontite grave (2 em 2 meses)	R$ 137,00
59	Tratamento periodental de manutenção para periodontite grave (4 em 4 meses)	R$ 99,00
60	Acabamento e Polimento de restaurações	R$ 73,00
61	Colagem de fragmentos dentários	R$ 112,00
62	Dessensibilização dentária (por segmento)	R$ 73,00
63	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável	R$ 152,00
64	Reconstrução de paredes proximais (Isolamento Absoluto)	R$ 150,00
65	Restauração de Amálgama – Classe I -1 face	R$ 98,00
66	Restauração de Amálgama – Classe II -2 faces	R$ 100,00
67	Restauração de Amálgama – Classe II -3 faces	R$ 120,00
68	Restauração de Amálgama – Classe II -4 faces	R$ 140,00
69	Restauração em ionômero de Vidro – Classe I -1 face	R$ 77,00
70	Restauração em ionômero de Vidro – Classe II -2 faces	R$ 94,50
71	Restauração em ionômero de Vidro – Classe II -3 faces	R$ 94,50
72	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe I -1 face	R$ 112,00
73	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe II -2 faces	R$ 147,00
74	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe II -3 faces	R$ 182,00
75	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe II -4 faces	R$ 203,00
76	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe III	R$ 112,00
77	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe IV	R$ 203,00

78	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe V	R$ 112,00
79	Restauração Resina Fotopolimerizável – Coroa total	R$ 248,00
80	Restauração Provisória	R$ 112,00
81	Restauração Temporária/Tratamento Expectante	R$ 112,00
82	Ajuste de Prótese	R$ 80,00
83	Ajuste Oclusal protético (por sessão)	R$ 80,00
84	Cimentação com cimento provisório	R$ 80,00
85	Cimentação com cimento resinoso/ionômero	R$ 80,00
86	Cimentação com cimento de fosfato de zinco	R$ 80,00
87	Coroa Veneer	R$ 190,00
88	Coroa provisória em resina fotopolimerizável	R$ 120,00
89	Núcleo de Preenchimento (ionômero de vidro)	R$ 120,00
90	Núcleo de Preenchimento (resina/amálgama)	R$ 120,00
91	Núcleo Metálico Fundido	R$ 152,00
92	Placa Miorelaxante (instalação)	R$ 280,00
93	Recimentação de restauração metálica fundida e coroas	R$ 80,00
94	Reembasamento de prótese removível	R$ 80,00
95	Reembasamento de prótese total ou parcial	R$ 80,00
96	Reembasamento de provisório (resina acrílica)	R$ 80,00
97	Remoção de prótese fixa	R$ 170,00
98	Reparo ou substituição de dentes em prótese total e parcial	R$ 175,00
99	Instrumentação (tratamento) e obturação de canal triradicular (sessão única)	R$ 280,00
100	Instrumentação (tratamento) e obturação de canal biradicular (sessão única)	R$ 190,00

101	Instrumentação (tratamento) e obturação de canal uniradicular (sessão única)	R$ 140,00
102	Retratamento Endodôntico em um conduto radicular	R$ 175,00
103	Retratamento Endodôntico em dois condutos radiculares	R$ 265,00
104	Retratamento Endodôntico em três condutos radiculares	R$ 345,00
105	Tratamento de dentes com rizogênese incompleta (por sessão)	R$ 100,00
106	Tratamento de perfuração endodôntica (por sessão)	R$ 135,00
107	Aplicação de cariostático – por sessão	R$ 60,00
108	Aplicação de selante – por elemento	R$ 80,00
109	Consulta de adaptação (máximo duas sessões)	R$ 60,00
110	Coroa de acetato, aço, policarboxilato	R$ 192,00
111	Exodontia de decíduos	R$ 75,00
112	Frenectomia lingual	R$ 175,00
113	Mantenedor de espaço fixo	R$ 145,00
114	Mantenedor de espaço removível	R$ 145,00
115	Pulpotomia e mumificação pulpar - decíduos	R$ 145,00
116	Remineralização	R$ 80,00
117	Tratamento ndodõntico em decíduos (pulpectomia, instrumentação e obturação de canal – por conduto)	R$ 150,00

16. DIÁRIAS HOSPITALARES

16.1 As diárias hospitalares serão remuneradas conforme segue abaixo:

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR R$
1	Diária de semiprivativo composto	Por dia	350,28
2	Diária de semiprivativo composto (meia diária)	Por ½ dia	175,14

3	Diária UTI composto	Por dia	1.312,50
4	Diária UTI composto (meia diária)	Por ½ dia	685,46

Observação: As diárias incluem assistência de enfermagem, taxas de serviços, taxas administrativas, curativos, dietas (exceto industrializadas), sondagens, intubação, aspirações, lavagens, locomoção de pacientes, desfibrilador, monitor cardíaco, PA não invasiva, oximetria, bomba de infusão, colchão piramidal e preparo do corpo pós óbito. As diárias de UTI incluem ainda respirador, capnógrafo, balão intra-aórtico, colchão térmico, incubadora, berço aquecido, fototerapia e marcapasso. Por ½ dia, até 12h. Em caso de necessidade de isolamento, com comprovada cultura positiva, a taxa de isolamento corresponderá a 20% do valor da diária.

17. GASOTERAPIA

17.1 A gasoterapia será remunerada conforme segue abaixo:

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR R$
1	Ar comprimido - por hora	8,01
2	Aspiração vácuo central - por hora	8,00
3	Gás carbônico - por hora	11,72
4	Nebulização - por sessão	12,60
5	Oxigênio – hora	7,35
6	Protóxido de azoto / óxido nitroso por hora	46,07

18. TAXAS

18.1 Taxa de sala para cirurgias oftalmológicas:

18.2 As taxas de sala para cirurgias oftalmológicas que não estiverem dispostas em pacotes, serão remunerados conforme segue abaixo:

Descrição	Valor R$
Taxa de sala para cirurgias oftalmológicas, por uso	400,00

Observação: Inclui taxas de sala, assistência de enfermagem, carro de anestesia, monitor cardíaco, PA não invasiva, oxímetro, capnógrafo, bisturi elétrico, bomba de infusão, taxa de instrumentador, taxa de serviço de embrocação, microscópio OTO, vitreófago, facoemulsificador, endolaser, curativos, aspirações, lavagens, locomoção de pacientes e taxa de sala de recuperação de até 04 h.

18.3 Taxas de sala

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

Nº	Descrição	Valor R$
1	Taxa de sala de recuperação até 4h	139,66
2	Taxa de sala de procedimento com anestesia local	72,04
3	Taxa de sala cirúrgica 1ª hora	262,50
4	Taxa de sala cirúrgica por ½ hora subsequente	84,00
5	Taxa de sala de fototerapia (inclui fotóforo) – por uso	30,00
6	Taxa de sala de colonoscopia / endoscopia / fibrobroncoscopia / histeroscopia / cistoscopia (inclui sala de recuperação até 4h)	70,00

Observação: Inclui assistência de enfermagem, carro de anestesia, monitor cardíaco, PA não invasiva, oxímetro, capnógrafo, bisturi elétrico, bomba de infusão, taxa de instrumentador, taxa de serviço de embrocação, microscópio OTO, curativos, aspirações, lavagens, locomoção de pacientes.

18.4 Taxas de equipamentos

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

Nº	Descrição	Valor R$
1	Aparelho de vídeo para endoscopia, colonoscopia, histeroscopia, cistoscopia, fibrobroncoscopia e laringoscopia, por uso	220,27
2	Aparelho videocirurgia/diagnóstica, por uso	655,22
3	Aparelho YAG laser, por uso	190,18
4	Bisturi bipolar, inclui caneta, por uso	38,52

5	Bisturi Eletrocautério, inclui caneta e placa, por uso	46,67
6	Bomba de infusão contínua, por dia	52,10
7	Carro de anestesia, por hora	40,87
8	Carro de parada cardiorrespiratória, por uso	76,63
9	Monitor cardíaco completo (ECG, PA não invasiva, oximetria, temperatura), por hora	3,73

18.5 Taxas de serviços Ambulatoriais

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

Nº	**Descrição**	**Valor R$**
1	Administração de medicação parenteral, com teste cutâneo	21,26
2	Administração de medicação parenteral, por aplicação	4,06
3	Aplicação de soro	18,03
4	Aspiração traqueal- paciente intubado	34,06
5	Cateterismo vesical	51,94
6	Enteroclisma / lavagem intestinal	13,33
7	Hemoglicoteste	8,64
8	Coleta de lavado ou aspirado traqueal	23,45
9	Lavagem otológica	5,42
10	Lavagem gástrica (inclui sondagem)	50,06
11	Retirada de pontos	20,07
12	Sondagem nasogástrica ou nasoenteral	23,32
13	Tricotomia	34,06
14	Curativo oftálmico, por atendimento	22,94

OBSERVAÇÃO: Serão remunerados somente em procedimentos ambulatoriais, pacientes internados ou em centro cirúrgico, as referidas taxas já estão inclusas.

19. EXAMES LABORATORIAIS

19.1 Exames laboratoriais serão remunerados conforme valores constantes da tabela CBHPM 2016, como referencial, com portes e UCO publicados em 2016. No caso de procedimentos não constantes dessa tabela, serão usadas as suas atualizações com a mesma precificação deste referencial.

19.2. Os exames laboratoriais relacionados abaixo serão remunerados da seguinte forma:

Exames	Código	Valor	Valor com deflator
17 alfa h.progest	40316017	58,25	52,43
17 cetosteroides totais	40305082	33,05	29,74
17 hidroxicorticosteroides	40305783	120,39	108,35
A fresco	40310019	14,11	12,70
A.coag.lupico	40304019	36,59	32,93
A1C	40302733	64,99	58,49
acido asc.vit.C	40301060	42,34	38,10
acido folico	40301087	35,89	32,30
acido lactico(lactato)	40301109	14,11	12,70
ACIDO URICO	40301150	7,67	6,90
acido valproico	40301168	64,99	58,49
acido vanilmandelico	40316033	46,85	42,16
acth	40316041	116,86	105,17
ALBUMINA	40301222	7,67	6,90
ALDOLASE	40301230	14,11	12,70
aldosterona	40316050	76,20	68,58
alfa fetoproteina	40316068	55,76	50,18
alfa1 antit.fezes	40303012	27,53	24,78
ALFA1 ANTITRIP.	40301249	22,83	20,54
ALFA1 GLICO.AC	40301257	22,83	20,54
ALIMINIO	40301273	64,99	58,49
AMILASE	40301281	14,11	12,70
anal swab oxiurus	40303020	8,88	8,00
Anatomopatológico	40601200	181,11	163,00
androstenediona	40316076	93,47	84,12
ANFETAMINAS	40301338	233,45	210,10
anti CCP	40308804	311,46	280,31
anti DNA	40306062	28,05	25,25
anti LA/SSB	40306089	35,54	31,99
anti LKM 1	40306097	56,80	51,12
anti RNP	40306100	35,54	31,99
anti RO/SSA	40306119	35,54	31,99
anti SM	40306127	35,54	31,99
anti tpo	40316157	61,29	55,16
Anti.australia HBSAG	40307018	51,03	45,93
anti.tireoglobul	40316106	76,20	68,58
antibiograma	40310418	49,83	44,85
anticorpos irregulares	40304043	63,77	57,39
antiendomisio IGA IGG IGM CADA	40306259	65,51	58,96
antigeno NS1 virus Dengue	40324192	121,81	109,63
antigliadina iga	40306305	48,79	43,91

antigliadina igg	40306313	35,54	31,99
antigliadina igm	40306321	48,79	43,91
antimicrossomal	40306348	48,79	43,91
antimitocondria	40306356	28,05	25,25
antimusculo liso	40306399	35,54	31,99
antineutrifilos anca c	40306402	48,79	43,91
antineutrofilos anca p	40306410	48,79	43,91
antitransglut.iga	40308553	101,91	91,72
antitrombina III	40304060	71,44	64,29
anto JO1	40306070	35,54	31,99
APOLI A	40301354	34,32	30,89
APOLI B	40301362	34,32	30,89
ASCA	40308219	613,30	551,97
Aslo	40306445	23,35	21,01
baar	40310051	14,11	12,70
bacterioscopia	40310060	14,11	12,70
Beta 2 microglobulina	40306470	65,51	58,96
bhcg qualitativo	40305759	32,51	29,25
bhcg quantitativo	40305767	39,69	35,72
bicarbonato	40302407	7,67	6,90
BILIRRUBINAS	40301397	7,67	6,90
bnp pept	40302776	158,38	142,54
brucela igg	40306500	35,54	31,99
bruela igm	40306518	43,04	38,73
C1q	40306534	65,51	58,96
Ca 50	40306569	94,61	85,15
cadeia kapa lambda levre livre	40319040	743,81	669,43
CALBAMAZEPINA	40301435	64,99	58,49
CALCIO	40301400	7,67	6,90
CALCIO IONICO	40301419	21,08	18,97
calcitonina	40316165	135,90	122,31
calculos urinarios	40311040	28,57	25,72
CAP.FERRO	403001427	10,63	9,57
cardiolipina igm	40306151	48,79	43,91
cardiolipina iga	40306135	48,79	43,91
cardiolipinaigg	40306143	35,54	31,99
catecolaminas	40316173	39,68	35,72
caxumba igg	40306593	94,61	85,15
caxumba igm	40306607	100,36	90,32
cea	40316122	65,51	58,96
CERULOPLASMINA	40301478	22,83	20,54
chagas igg	40306615	35,54	31,99
chagas igm	40306623	43,04	38,73
chlamydia igg	40306631	43,04	38,73
chlamydia igm	40306640	56,80	51,12
chumbo	40313107	54,53	49,08
citomegalovirus igg	40306666	35,02	31,52
citomegalovirus igm	40306674	42,51	38,26
Citopatológico	40601323	83,15	74,84
CK	40301648	21,08	18,97
CKMB	40301664	42,34	38,10
CLEARANCE CREAT.	40301508	21,08	18,97
CLORO	40301559	7,67	6,90

clos.dif.toxina A	40306682	48,79	43,91
COBRE	40301567	64,99	58,49
COCAINA	40301575	229,44	206,50
COL.HDL	40301583	10,63	9,57
COL.LDL	40301591	14,11	12,70
COL.TOTAL	40301605	7,67	6,90
colinesterase	40313107	18,12	16,31
comple.CH50	40306747	22,83	20,54
complemento C2	40306690	65,51	58,96
complemento C3	40306704	27,53	24,78
complemento C4	40306712	27,53	24,78
complemento C5	40306720	65,51	58,96
coombs direto	40304108	12,37	11,13
coombs indireto	40304884	36,59	32,93
coprol.funci.	40303039	31,36	28,23
cort.2 dosagens	40317374	117,67	105,90
cortisol	40316190	58,83	52,95
cortisol livre	40305210	45,28	40,75
CREATININA	40301630	7,67	6,90
crio-aglutinina,globulina cada	40306755	23,35	21,01
CRO.AMIN.	40301672	64,99	58,49
cromo	40313310	64,99	58,49
cultura bacter.	40310124	44,60	40,14
cultura de urina	40310213	35,54	31,99
curva ins.e glicemica 2 dosangens	40317269	116,00	104,40
dengue igg igm cada	40306798	56,80	51,12
dengue igg teste rapido	40324559	107,40	96,66
dengue igm teste rapido	40324567	115,03	103,53
dhea	40316211	76,20	68,58
dht	40316220	93,47	84,12
DIGOXINA	40301753	64,99	58,49
dimero d	40304906	158,38	142,54
ELTROF.PROT.	40301761	35,89	32,30
EPF	40303110	18,64	16,78
eritropoetina	40305295	104,93	94,43
espermograma	40309312	63,24	56,92
estradiol	40316246	58,83	52,95
estriol	40316254	76,20	68,58
estrona	40316262	76,20	68,58
etanol	40313140	42,34	38,10
FAN	40306852	23,35	21,01
fato v	40304175	98,62	88,75
fator Ix	40304167	98,62	88,75
fator reumatoide	40308030	22,83	20,54
fator viii	40304183	98,62	88,75
fator vIII antigeno	40304191	222,15	199,94
FENITOINA	40301826	64,99	58,49
FENOBARBITAL	40301834	64,99	58,49
ferritina	40316270	40,77	36,69
FERRO	40301842	10,63	9,57
fibrinogenio	40304264	11,15	10,04
FOS.ACIDA	40301869	14,11	12,70
FOS.ACIDA TOTAL	40301877	14,11	12,70

FOS.ALCALINA	40301885	14,11	12,70
FOSFOLIP.	40301923	10,63	9,57
FOSFORO	40301931	7,67	6,90
frutosaminas	40301958	14,11	12,70
fsh	40316289	42,19	37,97
FTA ABS IGG	40307735	22,83	20,54
FTA ABS IGM	40307743	28,05	25,25
G6FD	40302059	26,31	23,68
GGT	40301990	14,11	12,70
GLICOSE	40302040	7,67	6,90
glicose 2 dosag.	40302709	30,89	27,80
GLICOSE GH2	40302032	11,15	10,03
gordura fecal	40303055	53,49	48,14
grupo abo	40304280	15,86	14,27
grupo rh	40304299	12,37	11,13
hbsag	40316114	51,03	45,93
helit.pylori iga	40306909	248,11	223,30
helit.pylori igg	40306917	56,80	51,12
helit.pylori igm	40306925	65,51	58,96
hematocrito	40304337	12,37	11,13
hemocultura	40310248	44,60	40,14
hemocultura anaerobicas	40310664	63,24	56,92
Hemoglobina Glicada	40302075	35,89	32,30
hemograma	40304361	17,02	15,32
hepatite igm	40306941	43,04	38,73
hepatite A igg	40306933	35,54	31,99
hepatite B anti HBC IGG	40306950	35,54	31,99
hepatite B anti HBC IGM	403606968	43,04	38,73
hepatite B HBeAC anti HBE	40306976	35,54	31,99
hepatite B HBeAG	40306984	35,54	31,99
hepatite B HBsAC anti HBS	40306992	35,54	31,99
hepatite C HCV	40307026	48,79	43,91
herpes simples igg	40307085	35,54	31,99
herpes simples igm	40307093	43,04	38,73
herpes zoster igg	40307107	35,54	31,99
herpes zoster igm	40307115	43,04	38,73
hidatidose	40308081	43,04	38,73
histona	40307140	137,81	124,03
hiv I II	40307182	65,51	58,96
HOMOCISTEINA	40302113	64,99	58,49
hor.crescimento hgh	40316203	45,28	40,75
hormo.cresc.hgh	40317420	54,05	48,65
hormonio hcg	40316327	32,51	29,25
hormonio LH	40316335	42,19	37,97
Htlv I II	40307212	80,15	72,13
iga	40307220	22,83	20,54
IGA saliva	40307239	28,05	25,25
IGE especifico	40307255	43,04	38,73
ige total	40307271	39,69	35,72
igg	40307280	22,83	20,54
igm	40307301	22,83	20,54
imunoglob.ige	40316343	40,21	36,19
inibidor C1	40307344	48,79	43,91

insulina	40316360	42,19	37,97
iodo	40305600	39,69	35,72
kttp	40304639	11,15	10,04
lamotrigina	4030271	549,00	494,10
larvas fezes	40303080	13,41	12,07
LDH	40301729	14,11	12,70
leishmaniose iggeigm	40307395	35,54	31,99
leptina	40305422	104,93	94,43
leptospirose igg	40307409	43,04	38,73
leptospirose igm	40307417	48,79	43,91
leucocitos	40304418	12,37	11,13
leucocitos fezes	40303098	8,88	8,00
leveduras fezes	40303101	8,88	8,00
lipase	40302199	14,11	12,70
lipidios totais	40302636	13,76	12,39
lipoproteina	40302210	34,32	30,89
litio	40302229	10,63	9,57
magnesio	40302237	7,67	6,90
manganes serico	40321967	56,06	50,46
marcadores tumorais.ca19,9 etc cada	40316378	65,51	58,96
metanefrinas urinarias	40311163	64,99	58,49
metanol	40313204	33,62	30,26
microalbuminuria	40311171	35,89	32,30
midazolam	40321983	1157,16	1041,45
mononucloeose	40308340	35,54	31,99
oxcarbazepina	40302288	64,99	58,49
parvovirus igg igm cada	40307611	112,37	101,14
PCU	40322483	23,56	21,20
peptidio c	40316394	45,80	41,22
pesquisa componente urinario	40311180	9,41	8,47
potassio	40302318	7,67	6,90
pre albumina	40302326	42,34	38,10
progesterona	40316408	45,28	40,75
prolactina	40316416	54,05	48,65
proteina c	40304507	109,07	98,16
proteina s	40304515	158,38	142,54
proteina s livre	40304787	294,10	264,69
proteinas de bence jones	40311201	16,38	14,74
proteinas totais	40302377	7,67	6,90
Protina c reat.PCR	40308383	35,54	31,99
protteinas totais e fraçoes	40302385	10,63	9,57
prova lh e fsh	40305546	67,09	60,38
prova lh-rh dosagem lh	40305554	67,09	60,38
prova trh-tsh dosangem tsh	40305570	65,16	58,64
psa livre	40316130	61,87	55,69
psa total	40316149	47,74	42,97
PTH	40305465	133,28	119,95
Quantiferon	40324133	1073,40	966,06
renina	40316432	104,95	94,45
reticulocitos	40304558	11,15	10,04
retraçao coagulo	40304566	5,40	4,86
rotavirus	40310337	35,54	31,99
Rotina de urina que	40311210	16,38	14,74

rubeola igg	40307697	35,02	31,52
rubeola igm	40307700	42,51	38,26
S.DHEA	40316459	58,78	52,90
s.oculto fezes	40303136	18,64	16,78
sarampo igg	40308120	35,54	31,99
sarampo igm	40308138	43,04	38,73
satura.ferro	40321231	22,11	19,90
SCL 70	40306291	35,54	31,99
selenio	40313255	47,04	42,34
shbg.globulinas	40316300	104,93	94,43
sodio	40302423	7,67	6,90
somatomedina igf1	40316440	104,93	94,43
sub.redut.fezes	40303152	8,88	8,00
t3 livre	40316467	45,28	40,75
t3 reverso	40316483	135,90	122,31
t3 total	40316556	39,69	35,72
t4 livre	40316491	49,60	44,64
t4 total	40316548	39,69	35,72
tem.coagulaçao	40304582	5,40	4,86
tem.protombina	40304590	11,15	10,04
tem.sangramen	40304914	5,40	4,86
teste pezinho ampliado	40312178	184,09	165,68
testosterina livre	40316505	79,18	71,26
testosterona total	40316513	58,83	52,95
tgo	40302504	14,11	12,70
tgp	40302512	14,11	12,70
tireoglobulina	40316530	76,20	68,58
toler.lactose	40302164	42,34	38,10
toxoplasmose igg	40307824	35,02	31,52
toxoplasmose igm	40307832	42,51	38,26
trab	40316084	133,28	119,95
transferrina	40302520	27,53	24,78
triglicer.	40302547	10,63	9,57
tripanossoma	40304647	8,19	7,37
tripsina	40322491	86,34	77,71
troponina	40302571	64,99	58,49
TSH	40316521	39,69	35,72
ureia	40302580	7,67	6,90
varicela igg	40308162	94,61	85,15
varicela igm	40308170	100,36	90,32
vasopressina (ADH)	40316564	79,18	71,26
VDRL	40307760	14,63	13,17
vit.A	40302601	174,24	156,82
vit.B1	40302784	430,74	387,67
Vit.B2	40302792	651,06	585,95
vit.B3	40302806	651,06	585,95
Vit.B6	40302814	192,63	173,37
vit.d 1,25	40305015	104,93	94,43
vit.d25	40302830	34,94	31,45
vit.E	40302610	174,24	156,82
vit.K	40302849	1089,99	980,99
vitamina b12	40316572	34,32	30,89
vsg	40304370	7,67	6,90

western blot	40307883	310,47	279,43
zika igg	40324591	365,42	328,87
zika igm	403246058	365,42	328,87
zinco	40313328	64,99	58,49

20. PORTES ANESTÉSICOS

20.1 A classificação dos portes anestésicos para cada procedimento se dará conforme tabela CBHPM 2018, sendo os honorários do anestesista serão remunerados conforme tabela abaixo:

Nº	Porte Anestésico	Valor R$
1	Porte 01	244,30
2	Porte 02	359,57
3	Porte 03	480,00
4	Porte 04	660,01
5	Porte 05	900,12
6	Porte 06	1.188,00
7	Porte 07	1.740,62
8	Porte 08	2.273,95

OBSERVAÇÃO: Porte 0 (zero) significa não participação do anestesista. Porte 01 (um) e porte 02 (dois) serão remunerados como porte 03 (três).

21 LISTA REFERENCIAL DE PREÇOS DE REMOÇÕES TERRESTRES

21.1 Os valores das tabelas a seguir são referentes as remoções realizadas no perímetro urbano de Jaguarão – RS;

21.2 Ambulância Tipo A:

Código	Tipo de Serviço	Valor (R$)
21.2.1.	Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida)	164,18
21.2.2.	Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida e volta)	278,02

21.3 Ambulância Tipo B:

Código	**Tipo de Serviço**	Valor (R$)
21.3.1.	Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida)	179,76
21.3.2.	Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida e volta)	313,98

21.4 Ambulância Tipo C

Código	**Tipo de Serviço**	Valor (R$)18.5
-	Adulto (ida)	191,74
-	Adulto (ida e volta)	325,96
-	Pediátrica/neonatal (ida)	207,32
-	Pediátrica/neonatal (ida e volta)	337,94

21.5 Ambulância Tipo D

Código	**Tipo de Serviço**	**Valor (R$)**
21.6.1.	Adulto (ida)	644,73
	Adulto (ida e volta)	1.076,16
-	Pediátrica/neonatal (ida)	885,61
-	Pediátrica/neonatal (ida e volta)	1.584,28

21.6. Para os casos em que a ambulância necessite ficar parada, visando o atendimento previsto neste contrato, serão utilizados os seguintes valores da hora parada

---

Código	Tipo de Serviço	Valor (R$)
21.6.1.	Hora parada da ambulância Tipo A	57,52
-	Hora parada da ambulância Tipo B	63,51
-	Hora parada da ambulância Tipo C (adulto)	69,50
-	Hora parada da ambulância Tipo C (pediátrico/neonatal)	82,68
-	Hora parada da ambulância Tipo D (adulto)	133,02
-	Hora parada da ambulância Tipo D (pediátrico/neonatal)	158,18

21.7. Para cálculo dos serviços prestados fora da Região de Jaguarão -RS, serão utilizados os seguintes parâmetros.

Código	Tipo de Serviço	Valor (R$)
21.7.1.	Km rodado excedente da ambulância Tipo A	3,77
-	Km rodado excedente da ambulância Tipo B	3,77
-	Km rodado excedente da ambulância Tipo C	3,77
-	Km rodado excedente da ambulância Tipo D (adulto)	4,67
-	Km rodado excedente da ambulância Tipo D (neonatal e pediátrico)	5,69

21.9 As remoções realizadas na Região de Jaguarão, exceto no município de Jaguarão, serão acrescidas de 12% nos valores.

22. PACOTES CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS

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

22.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com a tabela CBHPM 2016, como referencial, com portes e UCO publicados em 2016, com deflator de 20%.

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

Nº	Código	Descrição	Valor R$
1	30303010	Autotransplante conjuntival	1.200,00
2	30310032	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas (trabeculectomia)	1.400,00
3	30304105	Delaminação corneana com fotoablação estromal - LASIK	1.500,00
4	30306027	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação (inclui lente intra ocular lio dobrável até o modelo SN60AT)	2.500,00
5	30306027	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação (Não inclui lente intra ocular por termo de opção do beneficiário)	2.000,00
6	30306027 30310032	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação + Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas (trabeculectomia)	3.300,00
7	30306043	Facectomia sem implante	1.500,00
8	30304091	Fotoablação de superfície convencional - PRK	1.500,00
9	80200495	Injeção intraocular lucentis (deverá estar anexada na conta do paciente a etiqueta do medicamento).	2.500,00
10	30301181	Ptose palpebral - correção cirúrgica - bilateral	700,00

11	30303060	Pterígio - exérese	500,00
12	30301190 30313058	Ressecção de tumores palpebrais com/sem reconstituição de vias lacrimais - bilateral	1.100,00
13	31501010	Transplante de córnea	2.800,00
14	30307120	Vitrectomia vias pars plana (inclui retinopexia + endolaser + infusão de perfluorcarbono + implante de óleo de silicone + membranectomia + troca de fluído gasoso)	4.000,00

23. PACOTES PARA EXAMES ENDOSCÓPICOS

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

23.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com a tabela CBHPM 2016, como referencial, com portes e UCO publicados em 2016, com deflator de 20%.

Nº	Código	Descrição	Valor R$
1	40201082	Colonoscopia	750,00
2	40201082	Colonoscopia + polipectomia	900,00
3	40201082 40201120	Colonoscopia + endoscopia	900,00
4	40201120	Endoscopia + biópsia	650,00
5	40201120	Endoscopia + polipectomia	800,00
6	40201155	Histeroscopia diagnóstica	600,00
7	40201031	Broncoscopia com biópsia transbrônquica	800,00
8	40201058	Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral	600,00

9	40201066	Cistoscopia e/ou uretroscopia	600,00
10	40202488	Nasofibrolaringoscopia para dignóstico e/ou biópsia	250,00

OBSERVAÇÃO: Para todos os exames estão incluídos os anatomopatológicos.

24. PACOTES PARA EXAMES AMBULATORIAIS

24.1 Para os pacotes de procedimentos ambulatoriais estão inclusos toda a parte hospitalar.

24.2 Os honorários médicos serão remunerados em conformidade com a tabela CBHPM 2016, como referencial, com portes e UCO publicados em 2016, com deflator de 20%.

Nº	Código	Descrição	Valor R$
1	40102076	Manometria esofágica para localização dos esfíncteres pré-pH-metria	180,00
2	40102092	Ph-metria 24h	200,00
3	40102025	Manometria computadorizada anorretal	180,00
4	41301340	Urodinâmica completa	350,00
6	40704017	Cintilografia renal dinâmica (inclui radiofármaco)	300,00
7	40704025	Cintilografia renal dinâmica com diurético (inclui radiofármaco)	300,00
8	40704033	Cintilografia renal estática - quantitativa ou qualitativa - (inclui radiofármaco)	300,00
9	40706010	Cintilografia óssea corpo total - (inclui radiofármaco)	300,00

25. PACOTES DE EXAMES COM HONORÁRIOS MÉDICOS INCLUSOS

25.1 Para os pacotes abaixo estão inclusos toda a parte hospitalar inclusive honorários médicos.

Nº	Código	Descrição	Valor R$
1	40701131 40701069	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico e perfusão - repouso (inclui radiofármaco)	1.200,00

2	40201104	Ecoendoscopia diagnóstica (inclui honorários do anestesista e anatomopatológico)	3.200,00
3	40202240	Ecoendoscopia com punção por agulha (inclui honorários do anestesista e anatomopatológico)	4.000,00

26. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUSEX

01. Absorvente Higiênico
02. Aconchego
03. Água oxigenada
04. Algodão
05. Aquecedor e manta térmica
06. Bacia plástica
07. Band-aid
08. Bandeja para raquianestesia
09. Blusas descartáveis
10. Bolsa de água quente
11. Bom ar
12. Bomba para ordenha
13. Borracha de silicone
14. Borracha para aspirador
15. Cabo bipolar
16. Cadeira de apoio para banho
17. Calçados ortopédicos
18. Camisa para 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, clorexidina ou outros degermantes
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, Álcool 70% ou outros degermantes.
38. Despesa de frigobar, telefone, teve à cabo ou outros serviços adcionais correlatos.

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, gel para exames de Ultrassonografia e demais exames.
57. Gerador de tecnécio
58. Germipol
60. Gesso sintético
61. Gorro, máscaras, porpés, aventais, capotes e calças e demais EPIs
62. Imobilizador
63. Lâmina para tricotomia
64. Látex extensor de O2
65. Lençol descartável
66. Luva para aparelho de laparoscopia
67. Manta
68. Manteiga de cacau
69. Máscara laríngea
70. Material de banho do RN
71. Meia elástica, Meia, cinta, atadura e calça elástica
72. Mercúrio de prata
73. Micro por espaçador
74. Muletas
75. Pasta gel
76. Pijama descartável
77. Plug adaptador macho
78. Sabonete
79. Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo
80. Sensor infantil neonatal
81. Sensor para oxímetro
82. Tapoin
83. Termômetros
84. Tipóias
85. Toalha descartável
86. Redutor Trocáter

87. Esparadrapo, Micropore (pago conforme indicado por procedimento).
88. Tampa cone Luer

27 - 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.

1 AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL: Será pago 1/5 do valor.

2 AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.

3 AGULHA DE VERESS: Será pago 1/3.

4 ALÇA DE POLIPECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.

5 ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU: Será pago 1/5 do valor.

6 AORTIC PUNCH: Será pago valor integral.

7 APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR: Será pago para tricotomia em pré-operatório e no máximo 02 Unidades.

8 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 .

9 ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.

10 BALÃO HIDROSTÁTICO: Será pago 1/3 do valor.

11 BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.

12 BALÃO PNEUMÁTICO: Será pago 1/3 do valor.

13 BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.

14 BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.

15 BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.

16 BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.

17 BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.

18 BULL DOG: Não será pago.

19 CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF): Será pago 1/5 do valor.

20 CABO CONEXÃO – CONESÃO 603: Será pago 1/5 do valor.

21 CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.

22 CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH): Será pago 1/3 do valor.

23 CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.

24 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.

25 CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.

26 CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.

27 CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.

28 CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.

29 CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.

30 CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.

31 CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.

32 CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.

33 CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.

34 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.

35 CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.

36 CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.

37 CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.

38 CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.

39 CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.

40 CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.

41 CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.

42 CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.

43 CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.

44 CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.

45 CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.

46 CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.

47 CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.

48 CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.

49 CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.

50 CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.

51 CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.

52 CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.

53 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).

54 CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.

55 CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.

56 CATETER MULTIPOURPOSE: Será pago 1/4 do valor.

57 CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.

58 CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.

59 CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.

60 CATÉTER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.

61 SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.

62 CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.

63 CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.

64 CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.

65 CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

66 CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.

67 CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.

68 CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.

69 CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.

70 CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.

71 CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.

72 CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.

73 CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.

74 CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).

75 COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.

76 COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.

77 COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.

78 CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago 1/5 do valor.

79 CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.

80 CPAP NASAL: NÃO.

81 DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.

82 DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.

83 ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .

84 ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.

85 ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.

86 ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.

87 EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.

88 EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:

89 ESCLERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.

90 ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.

91 EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.

92 EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.

93 EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.

94 FAIXA SMARCH: Será paga 1/5.

95 FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.

96 FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.

97 FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.

98 FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.

99 FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA: Será pago 1/3 do valor.

100 FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.

101 FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarréia.

102 FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago o valor integral se houver solicitação médica.

103 GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..

104 GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.

105 HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.

106 Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.

107 Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.

108 Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado

109INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago integral.

110INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

111INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

112ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.

113JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias.Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .

114KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.

115KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.

116KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respectiva embalagem em anexo.

117KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.

118KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.

119KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.

120KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.

121 LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.

122LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.

123LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.

124LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.

125MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.

126MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.

127MANTA CAREQUILT: NÃO.

128MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.

129MICROPORE 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.

130ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.

131PAPILÓTOMA: Será pago 1/3 do valor.

132PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.

133PERFUSORES, 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.

134PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.

135PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.

136PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.

137PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).

138PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.

139PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.

140PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.

141REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.

142ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.

143SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.

144SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.

145SERRA DE GIGLI: NÃO.

146SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.

147SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.

148SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.

149SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.

150SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.

151SONDA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.

152SONDA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.

153SONDA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.

154SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.

155SONDA 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.

156STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

157STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.

158SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.

159TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.

160TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.

161TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.

162TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.

163TROCATER: Será pago valor integral.

164TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.

165TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.

166TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.

167VÁLVULA 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.

28- PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS CONTRASTADOS.

28.1. Radiologia Geral

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

28.2 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

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

28.3 CARDIOLOGIA

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

28.4 APARELHO DIGESTIVO

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
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.

28.5 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

28.6 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

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

28.6.2 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.

28.6.3 Angiografias (espiral) cerebral, cervical, torácica, abdominal, pélvica, extremidade – iodado não iônico= 150 ml.

28.6.4 Angio-tomografia aorta e membros inferiores – iodado não iônico= 250 ml.

PROCEDIMENTO	PRODUTO/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
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

29. 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	15 ml 15 ml 15 g.

				Age	15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Dermasine Dersane Kollagenase Age	20 ml 20 ml 20 g. 20 ml

29.1 CURATIVOS ESPECIAIS:

29.1.1 Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo.

29.1.2 Em situações especiais, deverão ser justificadas.

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

30. DA REVISÃO DA LISTA REFERENCIAL

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

30.2 A Tabela Referencial de Preços, quando os seus valores não estiverem compatíveis com os preços praticados no mercado local, poderão ser substituídas, mediante autorização da Diretoria de Saúde, por outra edição da tabela a qual contenha valores que melhor reflitam os preços do mercado.

30.3 Poderá a qualquer tempo ser publicada nova Tabela Referencial de Preços aprovada pela D Sau.

Jaguarão / RS, na data da assinatura eletrônica.

JOÃO MAURICIO PASSUELO ZANNETTE – Ten Cel
Ordenador de Despesas da UG FuSEx -12º R C Mec