



MINISTÉRIO DA DEFESA

**MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE NATAL**

**REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES, AMBULATORIAIS E
DOMICILIAR DO SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA**

SUMÁRIO

1. PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL	4
1.2. CONSULTA, PARECER E VISITA HOSPITALAR	4
1.3. PROCEDIMENTOS MÉDICOS	7
1.4. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	8
1.5. PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	9
1.6. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS	9
1.7. AUXILIARES DE CIRURGIA	9
1.8. PORTES ANESTÉSICOS	10
2. MEDICAMENTOS, DIETAS, MATERIAIS, FILMES, RADIOFÁRMACOS E OPME	11
2.1. MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR, ESPECIAIS, E DE USO GERAL	11
2.2. DIETAS ENTERAIS, PARENTERAIS E SUPLEMENTOS (INDUSTRIALIZADAS)	11
2.3. MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES/DESCARTÁVEIS	12
2.4. MATERIAL HOSPITALAR REPROCESSADO	15
3. ODONTOLOGIA	16
3.1. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	16
3.1.16.1. DENTÍSTICA RESTAURADORA	18
3.1.16.2. PRÓTESE DENTÁRIA	19
3.1.16.3. ENDODONTIA	19
3.1.16.4. CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	19
3.1.16.5. PERIODONTIA	20
3.1.16.6. ODONTOPEDIATRIA	21
3.1.16.7. ORTODONTIA	21
3.1.17. PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA	22
3.1.18. EXAMES DE RAIO-X E DE IMAGEM	23

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

3.1.19. PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS EM ORTODONTIA	24
4. TERAPIAS EM GERAL	25
4.1. SERVIÇOS NA ÁREA DE PSICOLOGIA	25
4.2. SERVIÇOS NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA	27
4.3. SERVIÇOS NA ÁREA DE FISIOTERAPIA	28
4.4. SERVIÇOS NA ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL	30
4.5. SERVIÇOS NA ÁREA DE NUTRIÇÃO	30
5. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS	31
5.1. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	31
5.1.1. RADIOLOGIA (RX)	31
5.1.2. ULTRASSONOGRAFIA (US)	33
5.1.3. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)	34
5.1.4. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM)	35
5.1.5. MEDICINA NUCLEAR	37
5.1.6. OUTROS EXAMES	38
5.1.7. PACOTE ANESTÉSICO (RX/US/TC/RM/MN)	38
6. OFTALMOLOGIA	39
6.5.2. RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES	40
6.7. PACOTES DE PROCEDIMENTOS	42
7. PROCEDIMENTOS INTRA HOSPITALAR	44
7.1. APARELHO DIGESTIVO REALIZADOS EM HOSPITAIS	44
7.2. OUTROS PROCEDIMENTOS	46
7.3. CIRURGIAS DA ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA	46
8. CARDIOLOGIA CLÍNICA	51
8.1. CONSULTA	51
8.2. EXAMES	51
9. PROCEDIMENTOS DA CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA – HEMODINÂMICA	52
10. PROCEDIMENTOS DA CIRURGIA CARDIOVASCULAR	54
11. PROCEDIMENTOS DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL E ELETROFISIOLOGIA INVASIVA	58
12. PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DIGESTIVO	59
12.1. GASTROPLASTIA	59
12.2. SISTEMA DIGESTIVO - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	60
12.2.1. VÍDEOS	61
13. PROCEDIMENTOS DIVERSOS	61
13.1. PNEUMOLOGIA	61
13.2. DERMATOLOGIA	62

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

13.3. NEUROLOGIA	62
14. UROLOGIA	62
14.3. VÍDEOS	62
14.4. PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS	63
15. PROCEDIMENTO SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO	66
16. PROCEDIMENTO GINECOLÓGICO	66
17. PACOTE DE PLASMAFERESE	67
18. HEMODIÁLISE	67
19. PSIQUIATRIA	69
19.1. EM REGIME AMBULATORIAL	69
19.2. EM REGIME HOSPITALAR	69
19.3. HOSPITAL DIA	71
20. DEPENDÊNCIA QUÍMICA	72
21. NUTRIÇÃO PARENTERAL	72
22. ONCOLOGIA	73
22.2. RADIOTERAPIA	73
22.3. QUIMIOTERAPIA	75
23. PACOTES CIRÚRGICOS	75
23.1. ABDÔMEN	75
24. PROCEDIMENTOS DA NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	76
24.2. PROCEDIMENTOS ISOLADOS	79
25. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES	80
26. ANATOMIA PATOLÓGICA, CITOPATOLOGIA E EXAMES LABORATORIAIS	80
27. SERVIÇO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – SIAD	80
28. HIPERBÁRICA	80
29. TRATAMENTOS NÃO COBERTOS POR ACORDOS ADMINISTRATIVOS	80



MINISTÉRIO DA DEFESA

**MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE NATAL**

**REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES, AMBULATORIAIS E
DOMICILIAR DO SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA**

1. PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL

1.1. Será utilizada como referencial para os serviços médicos a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 2014, UCO de R\$ 16,15.

1.2. CONSULTA, PARECER E VISITA HOSPITALAR

ESPECIALIDADE	CONSULTA (*)	PARECER	VISITA HOSPITALAR
ALERGOLOGIA	R\$ 123,77	R\$ 173,66	R\$ 123,77
ALERGOPEDIATRIA	R\$ 236,19	R\$ 250,00	R\$ 250,00
ANESTESIOLOGIA (*) SERÁ ACRESCIDA A MAJORAÇÃO DE 20% PARA SUBESPECIALIDADES	R\$ 133,51	*	*
ANGIOLOGIA	R\$ 95,00	R\$ 168,92	R\$ 120,40
CARDIOLOGIA	R\$ 96,30	R\$ 168,62	R\$ 96,30
CIRURGIA DE MÃO	R\$ 224,90	R\$ 224,90	*
CIR. CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 100,00	R\$ 173,66	R\$ 110,00
CIR. CABEÇA E PESCOÇO – PEDIÁTRICA	R\$ 100,00	R\$ 173,66	R\$ 123,77
CIRURGIA CARDÍACA	R\$ 120,40	R\$ 168,62	R\$ 120,40
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 95,00	R\$ 168,62	R\$ 120,40
CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO	R\$ 100,00	R\$ 200,00	R\$ 100,00
CIRURGIA GERAL	R\$ 100,00	R\$ 173,66	R\$ 100,00
CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 123,77	R\$ 173,66	R\$ 123,77
CIRURGIA PEDIÁTRICA	R\$ 247,10	R\$ 251,09	R\$ 240,63
CIRURGIA TORÁCICA	R\$ 117,72	R\$ 165,16	R\$ 117,72
CIRURGIA VASCULAR	R\$ 115,00	R\$ 256,80	R\$ 246,10
CLÍNICO GERAL	R\$ 100,00	R\$ 150,00	R\$ 100,00
COLOPROCTOLOGIA	R\$ 100,00	R\$ 173,66	R\$ 100,00
DERMATOLOGIA	R\$ 100,00	R\$ 120,00	R\$ 100,00
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 100,00	R\$ 400,00	R\$ 400,00
ENDOCRINOLOGIA	R\$ 123,77	R\$ 173,66	R\$ 100,00
ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 236,19	R\$ 250,00	R\$ 250,00

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

GASTROENTEROLOGIA	R\$ 110,00	R\$ 160,00	R\$ 120,00
GASTROPEDIATRIA	R\$ 130,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00
GERIATRIA	R\$ 150,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00
GINECOLOGIA	R\$ 100,00	R\$ 173,66	R\$ 100,00
HEMATOLOGIA	R\$ 123,77	R\$ 173,66	R\$ 123,77
HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 123,77	R\$ 173,66	R\$ 123,77
HEPATOLOGIA	R\$ 385,00	R\$ 385,00	R\$ 385,00
INFECTOLOGIA	R\$ 123,77	R\$ 173,66	R\$ 123,77
MASTOLOGIA	R\$ 110,00	R\$ 173,66	R\$ 123,77
MEDICINA HIPERBÁRICA	R\$ 110,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
MEDICINA HIPERBÁRICA PEDIÁTRICA	R\$ 110,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
NEFROLOGIA	R\$ 94,35	R\$ 115,31	R\$ 96,30
NEUROCIRURGIA	R\$ 100,00	R\$ 330,00	R\$ 100,00
NEUROLOGIA (*) SERÁ ACRESCIDA A MAJORAÇÃO DE 20% PARA SUBESPECIALIDADES	R\$ 136,15	R\$ 330,00	R\$ 136,15
NEUROPEDIATRIA	R\$ 330,00	R\$ 330,00	R\$ 330,00
OBSTETRÍCIA	R\$ 150,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00
OFTALMOLOGIA	R\$ 96,20	R\$ 500,00	R\$ 500,00
OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 100,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00
ONCOGENETICISTA	R\$ 400,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00
ONCOLOGIA	R\$ 123,77	R\$ 173,66	R\$ 123,77
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00
ORTOPEDIA	R\$ 100,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	R\$ 100,00	R\$ 400,00	R\$ 400,00
OTORRINOLARINGOLOGIA (*) SERÁ ACRESCIDA A MAJORAÇÃO DE 20% PARA SUBESPECIALIDADES	R\$ 100,00	R\$ 173,00	R\$ 100,00
OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 100,00	R\$ 400,00	R\$ 400,00
PEDIATRIA	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00
PNEUMOLOGIA	R\$ 130,00	R\$ 150,00	R\$ 180,00
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA	R\$ 236,19	R\$ 250,00	R\$ 250,00
PSIQUIATRIA	R\$ 180,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00
RADIOLOGISTA INTERVENCIÓNISTA	R\$ 259,78	R\$ 264,00	R\$ 250,00
REUMATOLOGIA	R\$ 130,00	R\$ 173,66	R\$ 136,15
UROLOGIA	R\$ 121,52	R\$ 170,00	R\$ 100,00

(*) Consulta em consultório, em horário normal ou pré estabelecido. Especialidade médica não mencionada acima será realizada pesquisa entre os credenciados e no mercado local.

1.2.1. Consulta Médica - Prazo de Validade - Reconsulta - Visita Hospitalar – Parecer

1.2.1.1. A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).

1.2.1.2. Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado como uma nova consulta. O fato de não ter vaga na agenda do respectivo médico, no período de 30 dias a contar da data da última consulta, o isenta de cobrar por uma nova consulta, sendo ainda

considerada uma reconsulta, tendo em vista a natureza da consulta, que é o de mostrar os exames solicitados, para conclusão de diagnóstico.

1.2.1.3. Se porventura, este retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e dessa forma ser remunerada.

1.2.1.4. Nos casos de tratamento prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão ser cobradas.

1.2.1.5. O prazo para o retorno à consulta médica pós-operatória será determinado de acordo com o tipo de cirurgia realizada, a complexidade do procedimento e as orientações específicas do seu médico. No entanto, os seguintes prazos gerais serão adotados como referência:

a) Cirurgias de Pequeno Porte: Para procedimentos menos invasivos ou de menor complexidade, como remoção de pequenos cistos ou verrugas, o retorno será agendado entre 7 a 10 dias após a cirurgia. Esse período permitirá ao médico avaliar a cicatrização da incisão e remover pontos, se necessário;

b) Cirurgias de Médio Porte: Para cirurgias como apendicectomia, colecistectomia (remoção da vesícula biliar) ou cirurgias ortopédicas menores, o retorno será marcado entre 10 a 14 dias após o procedimento. Durante essa consulta, o médico verificará a recuperação, possíveis sinais de infecção e a necessidade de ajuste na medicação.

c) Cirurgias de Grande Porte: Procedimentos mais complexos, como cirurgias cardíacas, neurológicas ou ortopédicas maiores, exigirão um retorno entre 14 a 21 dias após a cirurgia. Nestes casos, o médico avaliará a recuperação geral do paciente, a cicatrização das incisões e a função dos órgãos ou sistemas envolvidos.

d) Cirurgias Estéticas Reparadoras: Procedimentos como rinoplastia, lipoaspiração ou mamoplastia, o retorno será agendado entre 7 a 14 dias após a cirurgia, dependendo da extensão do procedimento e do protocolo do cirurgião plástico.

e) Cirurgias Oftalmológicas: No caso de cirurgias como catarata ou correção de miopia, o retorno será realizado entre 1 a 2 semanas após o procedimento para avaliar a recuperação da visão e a cicatrização.

1.2.1.5.1. Será importante lembrar que essas são apenas orientações gerais e cada caso será avaliado individualmente pelo médico, no entanto, em nenhum dos casos acima será cobrada nova consulta, sendo que os mesmos se enquadram como retorno.

1.2.2. Ginecologia - fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: anamnese e exame de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos e inspeção direta do colo uterino, por meio do espéculo vaginal.

1.2.3. Acupuntura - Para cada sessão realizada por médico acupunturista, será pago o valor de R\$ 80,00.

1.2.3.1. Será autorizado pelo HNNA o limite de 04 (quatro) sessões mensais por paciente, sendo estas realizadas uma vez por semana. Nos casos em que houver indicação de um maior número de sessões a solicitação deverá ser encaminhada para a Divisão de Auditoria do Hospital Naval de Natal

acompanhada do laudo de especialista para análise e autorização, podendo atingir o limite máximo de 08 (oito) sessões mensais.

1.2.4. Psiquiatria - a assistência psiquiátrica poderá ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar.

1.2.4.1. Visita hospitalar/parecer - nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deverá justificar no prontuário, a avaliação e parecer, e/ou acompanhamento do especialista.

1.3. PROCEDIMENTOS MÉDICOS

1.3.1. Os honorários médicos da especialidade de **Cabeça e Pescoço** serão remunerados pela tabela CBHPM, 2014, plena, UCO de R\$ 16,15, com majoração de 18 % (dezoito), independente de acomodação.

1.3.2. Os honorários médicos da especialidade de **Cirurgia de Mão** serão remunerados pela tabela CBHPM, 2018, plena, UCO de R\$ 20,47, com majoração de 10% (dez por cento), independente de acomodação.

1.3.3. Os honorários médicos da especialidade de **Cirurgia Pediátrica** serão remunerados pela tabela CBHPM, 2018, plena, UCO de R\$ 20,47, porte multiplicado por 2, independente de acomodação.

1.3.4. Os honorários médicos da especialidade de **Cirurgia Torácica** serão remunerados pela tabela CBHPM, 2018, plena, UCO de R\$ 20,47, porte multiplicado por 2, independente de acomodação.

1.3.5. Os honorários médicos da especialidade de **Neurocirurgia** serão remunerados pela tabela CBHPM, 2014, plena, UCO de R\$ 16,15, com majoração do porte em 6%, independente de acomodação.

1.3.6. Os honorários médicos da especialidade de **Ortopedia** serão remunerados pela tabela CBHPM, 2016, plena, Comunicado Oficial de 18 de outubro de 2017, UCO de R\$ 19,36, independente de acomodação.

1.3.7. Os serviços de **Medicina Transfusional e Hemoterapia** serão remunerados pela tabela CBHPM, 2014, plena, UCO de R\$ 16,15, com majoração de 4,62 %.

1.3.7.1. A dispensação dos hemocomponentes deverá ocorrer, prioritariamente, por meio do HEMONORTE. Na eventual indisponibilidade do material por esse serviço de hemoterapia, a solicitação deverá ser encaminhada ao Serviço de Auditoria do HNNA com, no mínimo, 48 horas de antecedência ao procedimento cirúrgico, para obtenção de autorização prévia. A solicitação deverá estar devidamente justificada e acompanhada da previsão de custos relacionados à disposição do hemoderivado.

1.3.8. Honorários médicos que não estejam mencionados nesse referencial, serão pagos conforme o item 1.1.

1.3.9. Nos portes indicados para o plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitando os portes para eles previstos na CBHPM.

1.3.9.1. Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (técnica de Seldinger).

1.3.10. Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.

1.3.11. Toda solicitação de procedimento médico complementar deve conter obrigatoriamente a Indicação Clínica (justificativa), Código Internacional de Doenças (CID), Código da tabela CBHPM, a identificação do médico solicitante com carimbo, assinatura do profissional e a data da solicitação médica.

1.3.12. Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares, ou para as consultas em consultório (ambos item 1.2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

1.3.13. Os exames complementares e procedimentos deverão ser solicitados quando considerados indispensáveis para a elucidação diagnóstica e/ou controle de evolução de doenças, sendo vedado ao profissional solicitar exames e procedimentos fora de sua área de especialização ou atuação.

1.4. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1.4.1. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

- a)** No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
- b)** Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
- c)** Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de trinta por cento (30%) quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência; e
- d)** A regra mencionada anteriormente não se aplicará aos casos em que possa existir a previsão de remuneração por pacote de honorários.

1.4.2. Atendimentos de Crianças e Gestantes

1.4.2.1. Havendo a necessidade do atendimento de crianças e gestantes em caráter de urgência/emergência, a documentação comprobatória do atendimento deverá ser encaminhada para o e-mail hanna.regulacao@gmail.com com cópia para guia.neto@marinha.mil.br e hanna.auditoria@gmail.com, obedecendo o prazo de 72 horas, juntamente com o Boletim de Atendimento e o documento de identificação do usuário. Ressalta-se que o atendimento deverá ser realizado mediante a apresentação dos documentos que comprovem vínculo, a saber:

- a)** Identidade Militar vigente;
- b)** Declaração de Dependente (DD), cuja validade é de 180 dias desde a assinatura pelo Titular da Organização Militar, onde serve o militar responsável pelo dependente;
- c)** Cartão de Habilitação para Assistência Médico-Hospitalar (CHASM) para os dependentes

cadastrados com idade inferior a oito (8) anos; e

d) Para as gestantes, além de um dos documentos mencionados anteriormente, a Declaração de Autorização de Atendimento emitida pelo Médico Militar do HNNa.

1.5. PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1.5.1. Entender-se-á por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, nos termos do parágrafo primeiro do artigo 1º da Resolução CFM N.º 1451 de 1995, bem como o estado do paciente resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

1.5.2. Entender-se-á por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto tratamento médico imediato, nos termos do parágrafo segundo do artigo 1º da Resolução CFM N.º 1451 de 1995, bem como o estado do paciente que implica em risco imediato de sua vida ou de consumação de lesões.

1.6. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

1.6.1. Quando previamente planejada, ou quando se verificar durante o ato cirúrgico a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma **via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um **código específico em conjunto**.

1.6.2. Quando ocorrer mais de uma intervenção por **diferentes vias de acesso**, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

1.6.3. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

1.6.4. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto na CBHPM.

1.6.4.1. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

1.6.4.2. Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500 g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

1.7. AUXILIARES DE CIRURGIAS

1.7.1. Regras para utilização da CBHPM 2016 e versões anteriores:

1.7.1.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

1.7.2. Regras para utilização da CBHPM 2018 e versões superiores:

1.7.2.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 60% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o

primeiro auxiliar, de 40% para o segundo e 30% para o terceiro auxiliar e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

1.7.2.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

1.8. PORTES ANESTÉSICOS

1.8.1. Os procedimentos anestésicos serão remunerados de acordo com o porte anestésico abaixo:

PORTE ANESTÉSICO	VALOR	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0	Anestesia local	Anestesia local
1	R\$ 210,51	R\$ 421,01
2	R\$ 308,18	R\$ 616,35
3	R\$ 453,58	R\$ 907,17
4	R\$ 670,60	R\$ 1.341,20
5	R\$ 1.037,36	R\$ 2.074,71
6	R\$ 1.447,54	R\$ 2.895,08
7	R\$ 2.059,55	R\$ 4.119,09
8	R\$ 2.717,13	R\$ 5.434,26

1.8.2. O porte anestésico “0” significa “não participação do anestesiológico”.

1.8.3. Quando houver necessidade do concurso de anestesiológico em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na Tabela CBHPM 2018, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecido para o porte 3, código 3.16.02.34-7.

1.8.4. Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológico nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao porte 2, código 3.16.02.23-1; quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte 3, código 3.16.02.24-0.

1.8.5. Acompanhamento médico para transporte intra hospitalar de pacientes graves, com ventilação assistida, da UTI para o centro de diagnóstico, para fins de transportes médicos realizados de pacientes para centros outros, como da UTI para o centro cirúrgico, dentro do hospital, código 1.01.05.07-7, valor R\$ 455,56.

1.8.6. Será utilizada como referência para os procedimentos médicos a Tabela CBHPM 2018.

1.8.7. Valor da consulta pré-anestésica, código 1.01.01.01-2, R\$ 133,51. Para subespecialidade de Clínica da Dor, será acrescida a majoração de 20%, acordo item 1.2, deste anexo.

2. MEDICAMENTOS, DIETAS, MATERIAIS, OPME, ÁCIDOS GRAXOS, FILMES E RADIOFÁRMACOS

2.1. Medicamentos de Uso Restrito Hospitalar, Especiais, inclusive os Quimioterápicos, e de Uso Geral – Excetuando os materiais descritos no item 2, do Apêndice ao Anexo C, os medicamentos de uso restrito hospitalar, especiais e de uso geral serão cobrados pelos valores acordados no parâmetro constante da coluna “preço fábrica - PF” da Lista de Preços de Medicamentos para compras públicas, emitida por parte da CMED/ANVISA, conforme a tabela vigente na data de utilização, divulgada no site da ANVISA, na coluna Preço de Fábrica (PF). Caso o medicamento não conste na tabela CMED, o credenciado deverá apresentar cotação de preço de mercado, com notas fiscais, para autorização prévia do HNNa. Medicamentos incluídos em taxas ou pacotes não poderão ser cobrados separadamente.

2.1.1. Afasta-se a presente regra de preço caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.

2.1.1.1. Na hipótese do item anterior será adotada a regra de preço para "medicamentos de preço livre".

2.1.2. Preferência deverá ser dada aos medicamentos genéricos. Em caso de inviabilidade, a utilização do medicamento de referência exigirá apresentação dos lacres comprobatórios e justificativa médica apensada à prescrição.

2.1.3. Será obrigatória a apresentação dos lacres, invólucros e etiquetas do registro ANVISA para medicamentos e materiais de alto custo, anexados à fatura.

2.1.4. Para antineoplásicos/quimioterápicos fica definido, conforme ANVISA, o fracionamento de medicamentos, que deverá ser fornecido segundo as necessidades do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento dos medicamentos será proporcional à quantidade fracionada e utilizada.

2.1.5. Para antineoplásicos/quimioterápicos e imuno-oncológicos, orais e injetáveis, utilizar-se-á a tabela CMED – Preço de Fábrica (PF), acrescida de taxa de comercialização de 10% (dez por cento) para clínicas e hospitais.

2.2. Dietas Enterais, Parenterais e Suplementos (Industrializadas)

2.2.1. Para produtos de ALIMENTAÇÃO ENTERAL, PARENTERAL E SUPLEMENTOS serão considerados os valores estabelecidos com base na pesquisa de PREÇO ESTIMADO e fornecedores, constantes no Apêndice ao Anexo C, **TABELA DE DIETAS**, item 1. Não haverá a incidência de margem de comercialização sobre os valores das dietas.

2.2.2. ALIMENTAÇÃO ENTERAL, PARENTERAL E SUPLEMENTOS a partir de R\$ 600,00 (seiscentos reais), por unidade, e as que não constam na **TABELA DE DIETAS** item 1, se faz necessário apresentação de no mínimo 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser apresentados pelo Credenciado, para autorização prévia do HNNa, via Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa, com as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data.

2.2.2.1. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, respeitando o valor praticado no mercado local e regional, sendo verificado pelo Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa. Não haverá a incidência de margem de comercialização. Para efeito de

comprovação, é requerida a apresentação de lacres, invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos INSUMOS utilizados, e Nota Fiscal, apensos à produção/fatura individual.

2.2.3. Nos casos de internação domiciliar, dietas enterais e suplementos nutricionais seguirão as regras acima.

2.3. Materiais

2.3.1. Materiais Médico Hospitalar/Descartáveis

- a)** Para materiais acima de R\$ 600,00 se faz necessário apresentação de no mínimo 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser apresentados pelo Credenciado, para autorização prévia do HNNa, via Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, respeitando o valor praticado no mercado local e regional, sendo verificado pelo Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa. Não haverá a incidência de margem de comercialização. Para efeito de comprovação, é requerida a apresentação de lacres, invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos INSUMOS utilizados, e Nota Fiscal, apensos à produção/fatura individual;
- b)** Para materiais com valor inferior a R\$ 600,00, que não estejam listados no Apêndice do Anexo C – TABELA DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES/MEDICAMENTOS/OPME, item 2, não será obrigatória a apresentação da Nota Fiscal. Entretanto, a apresentação deste documento poderá ser exigida caso sejam identificadas divergências relevantes entre os valores cobrados e os preços médios praticados no amplo mercado;
- c)** Equipo de bomba de infusão para medicação em “dripping”, será pago 1 (um) a cada 72h, exceto para nutrição parenteral/enteral e demais soluções lipídicas;
- d)** Nas infusões para hidratação venosa, somente será pago equipo de bomba infusora para pacientes renais, cardiopatas e crianças/RN;
- e)** Por ocasião das cotações de materiais deverá ser apresentado a descrição do produto pelo registro da ANVISA, a fim de se identificar similares; e
- f)** Destaca-se que, no caso de qualquer intercorrência nos materiais utilizados (defeito ou contaminação inadvertida), não será efetuado o pagamento.

2.3.2. Material Hospitalar Reprocessado

- a)** Alguns produtos podem ser utilizados mais de uma vez, serem reprocessados, em condições de segurança, prática que lhes confere maior vida útil e uso enquanto apresentarem eficácia e funcionalidade. Há normas que regulamentam essa utilização contínua. Produtos passíveis de processamento são aqueles que permitem repetidos processos de limpeza, desinfecção ou esterilização, podendo, portanto, serem reutilizados - desde que obedeçam à normatização vigente. Esse reprocessamento não deve ser repetido indefinidamente: há um momento em que a qualidade do produto – no que diz respeito à sua eficácia e funcionalidade – já não corresponde à necessária para seu uso;
- b)** A normatização também estabelece os critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde, o que depende basicamente de duas condições:
 - I. Se o material consta da lista publicada pela RE/ANVISA 2605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

II. Quando a rotulagem do produto apresentar os dizeres “Proibido Reprocessar”, conforme estabelece a RDC/ANVISA nº 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos;

c) Quando as duas condições acima referidas não são evidenciadas, o produto será considerado passível de processamento. Neste caso, não há proibição quanto ao seu reprocessamento, desde que os serviços que se propõem a realizar essa atividade sigam o que preconiza a RE/ANVISA 2606/2006, sobre a elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos, e a RDC/ANVISA nº 15/2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde. Os dizeres “Uso Único”, “O fabricante recomenda o uso único” ou símbolos internacionais e dizeres em outras línguas não significam o enquadramento automático do produto como não passível de processamento. A normatização brasileira deve ser aplicada de acordo com o tipo de produto, fabricante, modelo, material e vários outros critérios.

2.3.3. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

A indicação deverá obedecer a Resolução do CFM nº 2.318 de 17/10/2022.

a) A solicitação de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) para procedimento eletivo deverá ocorrer com no mínimo de 72 (setenta e duas) horas de antecedência à realização do procedimento, possibilitando maior conforto e segurança ao paciente e ao médico assistente, evitando transtornos para o CREDENCIADO e para o HNNA;

b) Será considerada a informação constante no Apêndice ao Anexo C, item 2, da **TABELA DE DIETAS E MATERIAIS HOSPITALARES**, com acréscimo de 10% (dez por cento) para taxa de comercialização. Para os itens constantes na tabela não será necessário apresentação da Nota Fiscal em nome do paciente. O material utilizado deverá estar detalhado na nota geral de cobrança e será pago após constada a lisura/auditoria prévia na sua utilização. Entretanto não isentará o HNNA de efetuar cotação externa, de forma a conseguir melhor economicidade;

c) Caso o OPME esteja incluso na composição de pacotes os mesmos não poderão ser cobrados separadamente;

d) Caso haja necessidade de aquisição de OPME que não esteja listada no Apêndice ao Anexo C, item 2, MATERIAIS HOSPITALARES, a solicitação deverá ser encaminhada ao Serviço de Auditoria em Saúde do HNNA, por meio dos endereços eletrônicos hнна.orcamento@marinha.mil.br e hнна.auditoria@gmail.com, acompanhada de três orçamentos provenientes de fornecedores devidamente credenciados, sendo imprescindível a indicação do CNPJ de cada fornecedor, do nome do fabricante e do código da ANVISA. Nos casos em que haja apenas um fornecedor disponível, torna-se obrigatória a apresentação de carta de exclusividade. Os orçamentos serão submetidos à apreciação dos setores competentes e a autorização ocorrerá no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas úteis. A aprovação do orçamento estará condicionada à compatibilidade entre o valor apresentado e os preços praticados no mercado local, após adequada verificação das informações e conformidade com os protocolos estabelecidos pela Diretoria de Saúde da Marinha, podendo ainda ser demandada certificação e renegociação dos valores junto aos fornecedores. O pagamento será efetivado mediante apresentação e validação da respectiva Nota Fiscal, sendo a remuneração realizada com base no Preço de Fábrica (PF) acrescido de uma majoração de 10% (dez por cento), destinada à cobertura de impostos, contribuições e custos administrativos e logísticos. Ressalta-se que itens de consumo hospitalar não estão sujeitos à referida majoração, sendo tal critério aplicável

exclusivamente aos materiais adquiridos de fornecedores do mercado, mediante apresentação de Nota Fiscal em nome do usuário e classificados como OPME e DMI (Dispositivos Médicos Implantáveis). Ademais, as propostas comerciais dos fornecedores, mesmo que transcritas para formulários padronizados dos hospitais, deverão ser encaminhadas em conjunto, a fim de subsidiar os processos internos e assegurar a manutenção do histórico das cotações;

e) Em casos de falhas ou defeitos apresentados em materiais OPME e DMI, não haverá indenização para os materiais decorrentes dessas falhas. Os procedimentos a serem adotados pelo hospital credenciado incluem: a imediata identificação da falha e a interrupção do uso do material OPME/DMI. O médico responsável deverá elaborar um relatório detalhado de ocorrência, contendo todas as informações pertinentes ao defeito identificado, bem como as medidas adotadas. É obrigatório proceder à notificação do evento à ANVISA, por meio do sistema Notivisa (Alerta ANVISA), e buscar o reembolso diretamente junto ao fabricante ou fornecedor do material. Para fins de registro e histórico da ocorrência, deverão ser encaminhados ao HNNa os seguintes documentos:

I) Relatório detalhado da ocorrência;

II) Justificativa médica;

III) Boletim de Atendimento/Cirúrgico;

IV) Embalagem do material OPME/DMI utilizado;

V) Rótulo respectivo; e

VI) Selo de controle (etiqueta de rastreabilidade) ou outro elemento de identificação que contenha o número e o registro incorporado ao prontuário do paciente;

f) Reitera-se que, conforme previsto no Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do Ministério da Saúde, é obrigatória a comunicação de qualquer queixa técnica ou evento adverso decorrente do uso de OPME ou DMI à ANVISA, por meio do sistema Notivisa. No caso de confirmação de queixa técnica ou constatação de falha de qualidade, o estabelecimento de saúde deverá proceder ao recolhimento do produto, informar imediatamente o fornecedor para substituição do lote, e notificar a ocorrência à ANVISA. Se o produto gerar efeito não esperado ou causar dano ao paciente, além do recolhimento do produto e comunicação ao fornecedor e à ANVISA, o estabelecimento de saúde deverá monitorar o paciente afetado;

g) Caso o HNNa disponha de Ata de Registro de Preços (ARP) vigente que contemple o item a ser utilizado, será dada prioridade ao fornecimento do produto diretamente pelo HNNa, sem qualquer ônus para o hospital credenciado. Na hipótese de impossibilidade de fornecimento do material constante da ARP pelo HNNa, caberá ao hospital credenciado a responsabilização pela provisão do material, observando-se estritamente o trâmite administrativo previamente estabelecido, com a anexação das três cotações ao respectivo processo e posterior emissão da Nota Fiscal, inclusive com a aplicação da majoração correspondente à taxa de comercialização de 10% (dez por cento);

h) Em caso de urgência ou emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível no CREDENCIADO e este terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas após a realização do procedimento para encaminhar e-mail ao Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa, anexando a justificativa médica, os 3 (três) orçamentos de seus fornecedores, sendo imprescindível a indicação do CNPJ de cada fornecedor e no caso de único fornecedor apresentar carta de exclusividade. Deverão ser anexados na fatura final, para análise da Auditoria do HNNa, a embalagem da OPME utilizada ou rótulos, selo de controle (etiqueta de rastreabilidade) ou identificação com número e registro no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização única e descartável. O material será remunerado com taxa de comercialização de 10% (dez por cento);

i) Para os procedimentos solicitados e realizados em caráter de urgência, em que for necessária a dispensação de OPME/DMI, o HNNa poderá autorizar previamente a realização dos mesmos. No entanto, o pagamento do referido procedimento ficará condicionado à comprovação técnica a posteriori, que será submetida ao setor técnico da Diretoria de Saúde da Marinha para ratificação. Caso não haja concordância quanto ao pedido de urgência do caso ou ao emprego de determinados materiais, serão solicitados mais subsídios ao CREDENCIADO. Este deverá encaminhar um novo relatório médico detalhado, juntamente com demais evidências que justifiquem a urgência e a utilização dos materiais. Se, ao final do processo de revisão, a urgência inicialmente declarada pelo médico assistente não for comprovada, o material ou os códigos solicitados serão glosados (Glosa Técnica), mesmo que tenham sido previamente autorizados. Essa medida visa garantir a utilização adequada dos recursos e a conformidade com os critérios técnicos estabelecidos para a indicação dos procedimentos;

j) É obrigatória a apresentação de lacres, invólucros e etiquetas do registro do produto na ANVISA, apenso à fatura para OPME de alto custo.

k) Caso o HNNa possua registro de preços para OPME, o CREDENCIADO receberá o percentual de 10 % (dez por cento) do valor total do material adquirido, conhecido como taxa de manuseio, pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização e dispensação;

l) Fica estipulado o valor máximo de até R\$ 600,00 (seiscentos reais) para a aquisição de OPME, medicamentos de alto custo ou materiais descartáveis, sem a necessidade de autorização prévia do Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa. Entretanto, o Auditor Concorrente deverá vistar todas as solicitações e verificar a conformidade quanto ao uso do material. O hospital credenciado deverá, ainda, planejar-se para apresentar, semanalmente, toda a documentação pertinente para apreciação durante a visita do Auditor Concorrente; e

m) Para os materiais de custo unitário superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais), deverá ser solicitado previamente ao Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas a data da realização do procedimento. Nesse caso, o HNNa autorizará num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas. Caso seja autorizada a utilização do material, deverá ser anexada Nota Fiscal, embalagem ou rótulo/selo de controle de identificação com número, no prontuário do paciente de forma a confirmar sua utilização única/descartável.

2.4. Ácidos Graxos Essenciais Para Uso Tópico e Demais Itens Classificados como Cosméticos

Não estão previstas cobranças de ácidos graxos essenciais para uso tópico e demais itens classificados como cosméticos, como cremes barreira, UTILIZADOS PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE, por não haver comprovação clínica do seu uso e respaldo técnico, conforme Resolução nº 211, de 14 de julho de 2005 da ANVISA, que estabelece a definição e classificação de itens de higiene pessoal, cosméticos e perfumes;

2.5. Filme Radiológico - O tamanho do filme deverá ser cobrado de acordo com o disposto na CBHPM e disposições estabelecidas pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, cujos valores terão como parâmetro, R\$ 28,87 (vinte e oito reais e oitenta e sete centavos), o metro quadrado. Não será pago quando o exame estiver contemplado em pacotes;

2.6. Radiofármacos - serão remunerados com base no Preço de Fábrica (PF) estabelecido na tabela CMED. Caso o item não esteja disponível na referida tabela, o pagamento será realizado de acordo com o valor comprovado de aquisição, mediante apresentação da respectiva Nota Fiscal;

2.7. O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado do RN, sendo

considerado a partir da sua data de vigência efetiva e não da publicação da nota em Diário Oficial;

2.8. É condição imprescindível para autorização de qualquer material ou medicamento o registro na ANVISA;

2.9. Materiais não registrados na ANVISA não serão remunerados.

3. ODONTOLOGIA

3.1. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

3.1.1. Para os procedimentos odontológicos previstos no Sistema de Saúde da Marinha (SSM), será utilizada como referência para pagamento, a tabela Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos 2016 (VRPO 2016) de forma conjunta à pesquisa mercadológica, podendo ser utilizado seu valor bruto ajustado pelo IPCA dos últimos 12 meses ou a média, de acordo com cada especialidade e devida adequação mercadológica.

3.1.2. O HNNA determinará, a seu critério, as especialidades à serem credenciadas, podendo ser as especialidades que atendam atenção básica e/ou secundária, de média ou alta complexidade, a saber: Dentística Restauradora, Prótese Dentária e Disfunção Temporomandibular, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Periodontia, Odontopediatria e Ortodontia, além de serviços que não possui em sua totalidade, tais como Serviços de Radiologia/Imaginologia odontológica e de Laboratórios de Prótese Dentária e de Ortodontia. Dentre os procedimentos constantes na tabela VRPO 2016 em referência, somente os procedimentos preconizados pelo Sistema de Saúde da Marinha, previstos na Política Assistencial da Marinha e constantes da publicação DGPM-401, poderão ser realizados. Será necessária avaliação e autorização prévia pelo HNNA, formalizada por meio da GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO (GAU).

3.1.3. O HNNA, após a consulta inicial de avaliação do paciente, determinará a necessidade ou não de encaminhá-lo ao profissional CREDENCIADO, habilitado na especialidade exigida, seja na clínica ou serviço requeridos. Os procedimentos serão exclusivamente eletivos. Os atendimentos de urgência serão realizados pelo HNNA, por meio da Divisão de Odontologia do Hospital Naval de Natal, no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) ou pelo Serviço de Sobreaviso. Entretanto, intercorrências entre as consultas programadas e encaminhadas via GAU, deverão ser sanadas pelo CREDENCIADO que tenha iniciado o tratamento.

3.1.4. O HNNA após avaliação do paciente, determinará o plano de tratamento à ser realizado e o encaminhará ao CREDENCIADO através da GAU; onde constará a descrição dos procedimentos necessários. Após o término do tratamento, o CREDENCIADO encaminhará o paciente ao HNNA, com uma cópia da GAU, devidamente preenchida pelo CREDENCIADO e assinada pelo usuário/responsável. Neste momento, os procedimentos serão avaliados mediante realização de auditoria/perícia final pelo HNNA, que reserva-se o direito de solicitar que os mesmos sejam revistos/refeitos pelo CREDENCIADO, caso sejam considerados insatisfatórios. Uma vez constatadas imprecisões e falhas com necessidades de ajustes, o HNNA enviará ao CREDENCIADO, comunicação escrita e sigilosa para as providências necessárias. Após correção, ajustes ou trabalho refeito, o usuário deve ser orientado pelo CREDENCIADO a retornar para nova avaliação final pelo HNNA e finalização do processo de auditoria e pagamento. Caso contrário, a GAU permanecerá sem

autorização para pagamento, podendo ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente. Nas situações, em que mesmo após o retorno do paciente ao CREDENCIADO para ajustes e correções do tratamento, o HNNa, ainda o considere insatisfatório tecnicamente, a GAU poderá ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente e o paciente poderá, inclusive, ser encaminhado a outro CREDENCIADO para conclusão do tratamento proposto.

3.1.5. Após a conclusão do tratamento, o CREDENCIADO, e-seguindo os prazos estabelecidos pelo Serviço de Auditoria em Saúde do Hospital Naval de Natal para apresentação das faturas, envia um relatório final ao HNNa contendo a relação dos procedimentos realizados no período, junto com as GAU originais correspondentes para os procedimentos de auditoria e pagamento.

3.1.6. Quando houver necessidade de alterações ou inclusões de procedimentos no plano de tratamento odontológico já determinado, o CREDENCIADO enviará, através do paciente, relatório descritivo que justifique tal modificação, junto com a GAU inicial. Após avaliação pelo HNNa e havendo concordância com a solicitação, nova GAU será emitida, em substituição à anterior, contendo as alterações propostas no plano de tratamento.

3.1.7. Nas tabelas das especialidades credenciadas, item 3.1.2, as etapas intermediárias constantes do tratamento já estão inclusas no custo dos procedimentos, não podendo o CREDENCIADO desmembrá-las e cobrá-las separadamente.

3.1.8. Quanto ao absenteísmo dos pacientes, para os casos de 03 (três) faltas a consultas programadas, alternadas ou não, sem justificativa, o paciente deverá ter seu tratamento suspenso e o CREDENCIADO deve encaminhar GAU ao HNNa para análise e providências cabíveis ao caso, que será tratado como abandono / interrupção do tratamento.

3.1.9. O critério para autorização da consulta inicial, na periodicidade de 180 (cento e oitenta) dias, aplica-se quando solicitada pela mesma credenciada, para atendimento de um mesmo usuário após conclusão do tratamento;

3.1.10. Nos casos onde fatores como risco individual à cárie, doença periodontal e outras doenças bucais determinarem redução na periodicidade da consulta, caracterizando uma exceção à regra, a Credenciada deve emitir justificativa por meio de relatório odontológico circunstanciado anexado à GAU, para auditoria prévia ao pagamento;

3.1.11. Recimentação de trabalhos protéticos será de responsabilidade do credenciado sem ônus. O mesmo somente será aceito como procedimento de urgência quando não realizado pelo próprio cirurgião-dentista que estiver assistindo o tratamento protético. A cobrança da consulta de urgência noturna aplicar-se-á em dias úteis de 22h00 às 06h00, sábado, domingo ou feriados e, neste caso, apenas para os contratos que preveem o atendimento de urgência;

3.1.12. Nas tabelas de referência as etapas intermediárias já estão incluídas no custo dos procedimentos, não podendo o cirurgião-dentista credenciado desmembrá-las e cobrá-las separadamente;

3.1.13. No confronto da avaliação dos planejamentos e tratamentos executados pela CREDENCIADA, uma vez constatadas imprecisões e falhas com necessidades de ajustes, caberá ao auditor (cirurgião-dentista da CREDENCIANTE) a glosa e o retorno do paciente ao cirurgião- dentista credenciado, por meio de comunicação escrita e sigilosa para as providências necessárias. Após correção, ajustes ou trabalho refeito, o usuário deve ser orientado pelo credenciado a retornar para

nova avaliação final pela CREDENCIANTE e finalização do processo de auditoria e pagamento. Caso contrário, a GAU permanecerá sem autorização para pagamento e perderá a validade após prazo de vencimento;

3.1.14. Haverá redução de 30% (trinta por cento) nos valores a serem pagos para os serviços odontológicos constantes na Tabela Valores Referencias para Procedimentos Odontológicos nas hipóteses de elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia, procedimento e componente odontológico realizado em laboratórios ortodônticos ou de próteses odontológicas;

3.1.15. O beneficiário do SSM arcará com as despesas correspondentes a aquisição dos materiais odontológicos indispensáveis aos procedimentos citados, diretamente dos prestadores de serviço, despesa essa que não poderá ser implantada no FUSMA.

3.1.16. Abaixo, constam as tabelas das especialidades credenciadas, com os respectivos valores conforme VRPO2016 e/ou adequação aos valores praticados no mercado:

3.1.16.1. DENTÍSTICA RESTAURADORA

ITEM	DENTÍSTICA RESTAURADORA	VALOR
1	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão)	R\$ 126,13
2	Capeamento pulpar direto (excluindo restauração final)	R\$ 134,80
3	Clareamento de dente desvitalizado (por sessão)	R\$ 100,00
4	Colagem de fragmentos dentários	R\$ 351,50
5	Curativo de demora	R\$ 190,78
6	Dessensibilização dentária (por segmento)	R\$ 155,83
7	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável	R\$ 207,90
8	Núcleo de Preenchimento em Ionômero de Vidro	R\$ 124,89
9	Núcleo de Preenchimento em Resina Fotopolimerizável	R\$ 158,26
10	Pino pré-fabricado	R\$ 503,33
11	Restauração em ionômero de vidro – Classe I - 1 face	R\$ 116,18
12	Restauração em ionômero de vidro – Classe II - 2 faces	R\$ 208,00
13	Restauração em ionômero de vidro – Classe II - 3 faces	R\$ 224,67
14	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe I - 1 face	R\$ 124,40
15	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe II - 2 faces	R\$ 186,13
16	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe II - 3 faces	R\$ 186,13
17	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe II - 4 faces	R\$ 186,13
18	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe III	R\$ 131,16
19	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe IV	R\$ 185,92
20	Restauração Resina Fotopolimerizável - Classe V	R\$ 124,40
21	Restauração Temporária/tratamento expectante	R\$ 150,00
22	Restauração de porcelana (inlay / onlay)	R\$ 1.000,00
23	Restauração em cerâmica pura - inlay e onlay	R\$ 1.000,00
24	Restauração em cerômero - inlay e onlay	R\$ 793,33
25	Restauração Metálica Fundida (inlay / onlay)	R\$ 430,26
26	Retentor Intrarradicular	R\$ 335,57

3.1.16.2. PRÓTESE DENTÁRIA

ITEM	PRÓTESE DENTÁRIA	VALOR
1	Consulta Odontológica	R\$ 120,41
2	Radiografia Periapical	R\$ 20,58
3	Remoção De Trabalho Protético	R\$ 77,30
4	Pino De Fibra De Vidro Com Retenção Intrarradicular	R\$ 335,57
5	Núcleo De Preenchimento	R\$ 158,26
6	Coroa Provisória Por Elemento	R\$ 169,21
7	Coroa Metalocerâmica	R\$ 879,45
8	Coroa Metal Free	R\$ 996,85
9	Prótese Total Por Arcada	R\$ 1.866,67
10	Prótese Parcial Removível Com Grampos Bilaterias Por Arcada	R\$ 1.475,25

3.1.16.3. ENDODONTIA

ITEM	ENDODONTIA	VALOR
1	Tratamento Endodôntico De Incisivos / Caninos	R\$ 340,00
2	Tratamento Endodôntico De Pré Molares	R\$ 400,00
3	Tratamento Endodôntico De Molares	R\$ 650,00
4	Retratamento Endodôntico De Incisivos/Caninos	R\$ 350,00
5	Retratamento Endodôntico De Pré Molares	R\$ 510,00
6	Retratamento Endodôntico Molares	R\$ 850,00
7	Tratamento Endodôntico De Dentes Rizogênese Incompleta Por Sessão	R\$ 140,00
8	Tratamento De Perfuração Endodôntico	R\$ 240,00

3.1.16.4. CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (BMF)

ITEM	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (BMF)	VALOR
1	Alveoloplastia - Por Segmento	R\$ 197,60
2	Apicetomia Radicular Com Obturação Retrógrada	R\$ 398,21
3	Apicetomia Radicular Sem Obturação Retrógrada	R\$ 398,21
4	Aprofundamento/Aumento De Vestíbulo - Por Segmento	R\$ 302,77
5	Biópsia De Boca	R\$ 66,86
6	Biópsia De Glândula Salivar	R\$ 210,86
7	Biópsia De Lábio	R\$ 210,86
8	Cirurgia Para Torus Mandibular - Unilateral	R\$ 218,24
9	Cirurgia Para Torus Mandibular - Bilateral Em Uma Sessão	R\$ 330,19
10	Cirurgia Para Torus Mandibular E Ou Maxilar	R\$ 323,51
11	Cirurgia Para Torus Palatino	R\$ 272,09
12	Drenagem De Abscesso, Hematoma E/Ou Flegmão Da Região Bmf - Extra Oral	R\$ 350,00
13	Drenagem De Abscesso, Hematoma E/Ou Flegmão Da Região Bmf - Intra Oral	R\$ 250,00
14	Exérese De Mucocele	R\$ 73,09
15	Exérese De Cistos Odontológicos De Mandíbula E Maxila	R\$ 213,27
16	Exérese De Lipoma Em Região Bmf	R\$ 450,00
17	Exodontia De Raiz Residual	R\$ 154,38
18	Exodontia A Retalho	R\$ 196,63

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

19	Exodontia De Permanente	R\$ 106,39
20	Exodontia De Permanente Por Indicação Ortodôntica/Protética	R\$ 151,99
21	Frenulectomia Labial	R\$ 247,55
22	Frenulectomia Lingual	R\$ 247,55
23	Implante Ortodôntico - Por Unidade	R\$ 470,00
24	Remoção De Dente Incluso / Impactado	R\$ 369,02
25	Remoção De Dente Semi-Incluso / Impactado	R\$ 280,00
26	Remoção De Odontoma	R\$ 500,00
27	Sutura De Ferida Na Região Bmf	R\$ 219,02
28	Tratamento Cirúrgico Das Fistulas Buco Nasal Ou Buco Sinusal	R\$ 377,44
29	Tratamento Cirúrgico De Bridas Constrictivas Da Região Bmf - Por Lesão	R\$ 250,00
30	Tratamento Cirúrgico Dos Tumores Benignos Dos Tecidos Moles - Por Lesão	R\$ 369,60
31	Tratamento De Alveolite	R\$ 250,00
32	Ulectomia	R\$ 41,60

3.1.16.5. PERIODONTIA

ITEM	PERIODONTIA	VALOR
1	Tratamento Não Cirúrgico Periodontite Leve(Por Segmento) Baixo Risco	R\$ 131,98
2	Tratamento Não Cirúrgico Periodontite Leve(Por Segmento) Médio Risco	R\$ 153,50
3	Tratamento Não Cirúrgico Periodontite Leve(Por Segmento) Alto Risco	R\$ 178,24
4	Tratamento De Processo Agudo(Por Sessão)	R\$ 157,59
5	Controle Da Placa Bacteriana(Por Sessão)	R\$ 63,22
6	Dessensibilização Dentária(Por Segmento)	R\$ 80,21
7	Imobilização Dentária Com Resina Fotopolimerizável(3 Dentes)	R\$ 218,90
8	Ajuste Oclusal (POR Sessão)	R\$ 126,13
9	Remoção De Fatores De Retenção	R\$ 123,08
10	Placa De Mordida Miorrelaxante	R\$ 347,45
11	Preservação Pré-Cirúrgica(Por Segmento)	R\$ 120,92
12	Gengivectomia(Por Segmento)	R\$ 275,12
13	Cirurgia Retalho(Por Segmento)	R\$ 294,37
14	Sepultamento Radicular (POR Raiz)	R\$ 276,65
15	Cunha Distal(Por Elemento)	R\$ 259,21
16	Extensão De Vestíbulo (POR Segmento)	R\$ 302,77
17	Enxerto Pediculado (POR Elemento)	R\$ 290,11
18	Enxerto Livre (POR Elemento)	R\$ 363,45
19	Enxerto Conjuntivo Subepitelial(Por Elemento)	R\$ 403,73
20	Frenectomia/Bridectomia	R\$ 247,55
21	Odonto-Secção (POR Elemento)	R\$ 280,73
22	Amput. Radicular S/ Obturação Retrógada(Por Raiz)	R\$ 230,00
23	Amput. Radicular C/ Obturação Retrógada(Por Raiz)	R\$ 230,00
24	Manutenção Do Tratamento Cirúrgico	R\$ 126,17
25	Tratamento Periodontal De Manut. P/ Periodontite Leve 6 Em 6 Meses	R\$ 297,71
26	Tratamento Periodontal De Manut. P/ Periodontite Moderada 4 Em 4 Meses	R\$ 297,71
27	Tratamento Periodontal De Manut. P/ Periodontite Grave 2 Em 2 Meses	R\$ 297,71
28	Aumento De Coroa Clínica (POR Elemento)	R\$ 283,93
29	Regeneração Tecidual Guiada	R\$ 873,99

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

30	Tratamento Regenerativo Com Enxerto De Osso Autógeno	R\$ 561,81
31	Enxerto Com Osso Liofilizado	R\$ 838,26
32	Manut. Do Trat. Cirúrg. Relacionada A Procedimento Regenerativo (POR Sessão) Totalizando 4 Sessões	R\$ 126,16
33	Restauração Temporária	R\$ 90,87
34	Diagnóstico E Tratamento Da Halitose	R\$ 900,00

3.1.16.6. ODONTOPEDIATRIA

ITEM	ODONTOPEDIATRIA	VALOR
1	Aplicação Tópica De Flúor- Por Arcada	R\$ 135,70
2	Aplicação De Cariostático - 1 Sessão – Duas Arcadas	R\$ 128,99
3	Aplicação De Selante (POR Elemento)	R\$ 140,88
4	Remineralização - Fluoterapia (04 Sessões)	R\$ 200,00
5	Adequação Do Meio Bucal Com Ionômero De Vidro – Por Arcada	R\$ 259,54
6	Adequação Do Meio Bucal Com Irm – Por Arcada	R\$ 258,91
7	Restauração De Ionômero De Vidro (1 Face) – Incluso Selante	R\$ 150,00
9	Pulpotomia	R\$ 250,00
10	Tratamento Endodôntico Em Decíduos	R\$ 560,64
11	Exodontia De Dentes Decíduos	R\$ 175,97
12	Mantenedor De Espaço	R\$ 800,00
13	Órtese Miorelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)	R\$ 684,35
14	Plano Inclinado	R\$ 693,28
15	Condicionamento Em Odontopediatria (POR Sessão)	R\$ 90,00
16	Ulotomia	R\$ 200,00
17	Ulectomia	R\$ 300,00
18	Restauração Temporária	R\$ 90,00

3.1.16.7. ORTODONTIA

ITEM	ORTODONTIA	VALOR
1	Planejamento em Ortodontia	R\$ 270,00
2	Aparelho Ortodôntico Fixo (metálico) - uma arcada	R\$ 722,82
3	Manutenção de Aparelho Ortodôntico fixo	R\$ 233,62
4	Manutenção de Aparelho Ortodôntico móvel	R\$ 215,00
5	Placa Lábio Ativa	R\$ 372,88
6	Aparelho Extra-Bucal	R\$ 485,58
7	Arco Lingual	R\$ 426,18
8	Botão de Nance	R\$ 443,03
9	Barra Transpalatina fixa	R\$ 438,21
10	Barra Transpalatina Removível	R\$ 267,17
11	Quadrihélice	R\$ 443,03
12	Grade Palatina Fixa	R\$ 442,83

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNA

13	Grade Palatina Removível:	R\$ 292,51
14	Pendulum	R\$ 499,87
15	Pendex	R\$ 550,31
16	Máscara Facial- Delaire- Tração Reversa (sem o disjuntor)	R\$ 410,47
17	Disjuntor Palatino tipo Haas, Hyrax	R\$ 507,68
18	Placa de Hawley	R\$ 258,90
19	Contenção 3x3 fixa inferior	R\$ 333,33
20	Placa de Hawley com parafuso expensor	R\$ 306,92

3.1.17. PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA

3.1.17.1. Os Procedimentos laboratoriais de prótese dentária previstos no Sistema de Saúde da Marinha, em consonância com a Política Assistencial da Marinha e constantes da publicação DGPM-401, após pesquisa mercadológica serão:

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
1	Prótese Parcial Removível Com Grampos Bilaterais (P.P.R.G) Pronta	R\$ 403,00
2	Prensagem Em P.P.R.G Simples	R\$ 160,00
3	Prótese Total Rosa	R\$ 247,00
4	Prótese Total Incolor	R\$ 273,00
5	Prótese Parcial Rosa	R\$ 188,50
6	Prótese Parcial Incolor	R\$ 195,00
7	Prótese Total Imediata	R\$ 247,00
8	Reembasamento De Prótese Total	R\$ 143,00
9	Conserto De Próteses	R\$ 65,00
10	Plano De Cera	R\$ 38,00
11	Placa Miorrelaxante	R\$ 169,00
12	Moldeira Individual	R\$ 39,00
13	Coroa Total Metálica	R\$ 110,50
14	Onlay/Inlay/Overlay Em Cerâmica	R\$ 300,00
15	Núcleo Metálico Fundido	R\$ 70,00
16	Coroa Em Resina Fotopolimerizável	R\$ 150,00
17	Restauração Em Resina Fotopolimerizável	R\$ 150,00
18	Ponto De Solda	R\$ 60,00
19	Enceramento Diagnóstico	R\$ 40,00
20	Coroa Metalocerâmica	R\$ 270,00
21	Coroa Provisória	R\$ 60,00

3.1.17.2. Os valores constantes da tabela acima se referem aos serviços prestados diretamente ao HNNA, em procedimentos solicitados pelos profissionais da Divisão de Odontologia do Hospital Naval de Natal. Para os demais cirurgiões-dentistas CREDENCIADOS, a relação técnica e financeira com os laboratórios de prótese terceirizados que os assistem, são de sua total responsabilidade, não se aplicando os valores aqui constantes.

3.1.17.3. O CREDENCIADO compromete-se a estabelecer uma periodicidade no recolhimento e entrega dos trabalhos protéticos juntamente ao HNNA, sendo os custos referentes a este processo de sua responsabilidade. Para manter o fluxo dos atendimentos clínicos, é fundamental que cada trabalho retorne de sua etapa laboratorial num período de 7 a 10 dias da data do recolhimento, que deve ocorrer até 03 dias corridos do atendimento clínico.

3.1.17.4. Por ocasião da entrega do trabalho protético solicitado, o HNNA reserva-se o direito de solicitar que os mesmos sejam revistos/refeitos pelo CREDENCIADO caso sejam considerados insatisfatórios. Uma vez constatadas imprecisões e falhas com necessidades de ajustes, o HNNA enviará ao CREDENCIADO comunicação escrita e sigilosa para as providências necessárias. Caso contrário, a GAU permanecerá sem autorização para pagamento, podendo ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente. Nas situações, em que mesmo após o retorno do trabalho ao CREDENCIADO para ajustes e correções, e o HNNA, ainda considerá-lo insatisfatório tecnicamente, a GAU poderá ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente e o trabalho poderá, inclusive, ser encaminhado a outro CREDENCIADO para sua confecção.

3.1.18. EXAMES DE RAO-X E DE IMAGEM

3.1.18.1. Para o pagamento dos exames previstos no Sistema de Saúde da Marinha, em consonância com a Política Assistencial da Marinha e constantes da publicação DGPM-401, será utilizada a CBHPO conjuntamente à pesquisa mercadológica, podendo ser considerado seu valor bruto e/ou a média e mediana.

3.1.18.2. Para os procedimentos cadastrados ou não na tabela VRPO 2016, mas previstos no SSM, foram estabelecidos valores, após pesquisa e adequação aos praticados no mercado.

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
1	Periapical	R\$ 12,40
2	Interproximal (bite-wing)	R\$ 12,40
3	Periapical Completo (14 Periapicais + 4 Interproximais)	R\$ 150,48
4	Oclusal	R\$ 23,78
5	Atm (3 Incidências)	R\$ 87,50
6	Pósterio-Anterior (extra-oral)	R\$ 52,34
7	Panorâmica	R\$ 57,88
8	Panorâmica Mapeada	R\$ 69,45
9	Panorâmica Do Seio Maxilar	R\$ 69,45
10	Cefalométrica Com Traçado	R\$ 63,58
11	Cefalométrica Sem Traçado	R\$ 52,30
12	Carpal Com Análise	R\$ 56,90
13	Modelo De Trabalho	R\$ 29,46
14	Modelo De Estudo (ortodôntico)	R\$ 45,14
15	Análise Facial	R\$ 10,52
16	Tomografia Maxila Ou Mandíbula	R\$ 259,05
17	Tomografia Maxila + Mandíbula	R\$ 463,01
18	Tomografia 1 Região	R\$ 163,06
19	Tomografia 2 Ou 3 Regiões	R\$ 206,97
20	Tomografia Atm (aberta E Fechada)	R\$ 258,33
21	Tomografia Órbita Com Reconstrução	R\$ 396,67
22	Tomografia Complexo Zigomático	R\$ 381,93
23	Documentação Ortodôntica (Panorâmica, Cefalométrica Com Traçado, Modelo De Estudo + 8 Fotos)	R\$ 189,41
24	Fotografia – Unidade	R\$ 8,67

3.1.18.2.1. Os valores constantes da tabela acima se referem aos serviços prestados diretamente ao HNNA, em exames solicitados pelos profissionais da Divisão de Odontologia do Hospital Naval de Natal. Para os demais cirurgiões-dentistas CREDENCIADOS, a relação técnica e

financeira com as clínicas radiológicas terceirizadas que os assistem, são de sua total responsabilidade, não se aplicando os valores aqui constantes.

3.1.18.2.2. As solicitações de exames radiográficos são encaminhadas pelo HNNA por meio de uma GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO (GAU), que descreve e autoriza a realização do procedimento. Após a conclusão do exame, o CREDENCIADO, seguindo os prazos estabelecidos pelo Serviço de Auditoria em Saúde do HNNA para apresentação das faturas, envia um relatório final ao HNNA contendo a relação dos procedimentos realizados no período, junto com as GUIAS correspondentes devidamente assinadas pelo paciente para os procedimentos de auditoria e pagamento.

3.1.18.2.3. Por ocasião da análise do exame radiológico/imagem solicitado, o HNNA reserva-se o direito de solicitar que os mesmos sejam revistos/refeitos pelo CREDENCIADO caso sejam considerados insatisfatórios. Uma vez constatadas imprecisões e falhas nos procedimentos, o HNNA enviará ao CREDENCIADO comunicação escrita e sigilosa para as providências necessárias. Caso contrário, a GAU permanecerá sem autorização para pagamento, podendo ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente. Nas situações, em que mesmo após o retorno do paciente ao CREDENCIADO para as correções necessárias, e o HNNA, ainda considerar o exame insatisfatório tecnicamente, a GAU poderá ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente e o paciente poderá, inclusive, ser encaminhado a outro CREDENCIADO para realização do procedimento.

3.1.19. PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS EM ORTODONTIA

3.1.19.1. Para os serviços laboratoriais em ortodontia preconizados pelo Sistema de Saúde da Marinha, em consonância com a Política Assistencial da Marinha e constantes da publicação DGPM-401, foram estabelecidos valores, após pesquisa e adequação aos praticados no mercado local.

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
1	Aparelho de Thurow	R\$ 147,32
2	Arco lingual de Nance	R\$ 73,66
3	Banda alça	R\$ 73,66
4	Barra transpalatina	R\$ 57,88
5	Bionator	R\$ 199,94
6	Botão de Nance	R\$ 78,92
7	Contenção 3x3	R\$ 36,83
8	Contenção tipo moldeira de acetato	R\$ 116,67
9	Disjuntor de McNamara	R\$ 136,80
10	Disjuntor tipo Hass	R\$ 136,80
11	Disjuntor tipo Hyrax	R\$ 136,80
12	Grade palatina fixa	R\$ 105,23
13	Moldeira de clareamento	R\$ 70,00
14	Pendex	R\$ 126,28
15	Placa com grade palatina/ mola/ parafuso expansor	R\$ 115,75
16	Placa de Hawley arco contínuo	R\$ 105,23
17	Placa de Hawley com grampo	R\$ 105,23
18	Placa de levantamento de altura	R\$ 105,23
19	Placa expansora	R\$ 115,75

20	Placa expansora com grade ou levante de mordida	R\$ 115,75
21	Placa lábio ativa	R\$ 126,67
22	Placa mio-relaxante	R\$ 136,80
23	Pêndulo	R\$ 126,28
24	Prótese provisória parcial removível	R\$ 233,33
25	Quadri-hélice	R\$ 133,33

3.1.19.1.1. Os valores constantes da tabela acima referem-se aos serviços prestados diretamente ao HNNA, em procedimentos solicitados pelos profissionais da Divisão de Odontologia do Hospital Naval de Natal. Para os demais cirurgiões-dentistas CREDENCIADOS, a relação técnica e financeira com os laboratórios de ortodontia terceirizados que os assistem, são de sua total responsabilidade, não se aplicando os valores aqui constantes.

3.1.19.1.2. Os trabalhos ortodônticos, por meio de modelos e/ou moldagens são encaminhados ao CREDENCIADO com uma GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO (GAU), assinada pelo paciente, que descreve e autoriza a realização do trabalho.

3.1.19.1.3. Após a conclusão dos trabalhos, o CREDENCIADO, e seguindo os prazos estabelecidos pela Divisão de Auditoria do Hospital Naval de Natal para apresentação das faturas, envia um relatório final ao HNNA contendo a relação dos trabalhos realizados no período, junto com as GAU originais correspondentes para os procedimentos de auditoria e pagamento.

3.1.19.1.4. O CREDENCIADO, compromete-se a estabelecer uma periodicidade no recolhimento e entrega dos trabalhos ortodônticos, juntamente ao HNNA, sendo os custos referentes a este processo de sua responsabilidade.

3.1.19.1.5. Por ocasião da entrega do trabalho solicitado, o HNNA reserva-se o direito de solicitar que os mesmos sejam revistos/refeitos pelo CREDENCIADO caso sejam considerados insatisfatórios. Uma vez constatadas imprecisões e falhas com necessidades de ajustes, o HNNA enviará ao CREDENCIADO comunicação escrita e sigilosa para as providências necessárias. Caso contrário, a GAU permanecerá sem autorização para pagamento, podendo ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente. Nas situações, em que mesmo após o retorno do trabalho ao CREDENCIADO para ajustes e correções, o HNNA, ainda considerá-lo insatisfatório tecnicamente, a GAU poderá ser cancelada/glosada parcialmente/totalmente e o trabalho poderá, inclusive, ser encaminhado a outro CREDENCIADO para sua confecção.

4. TERAPIAS EM GERAL

As sessões de psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional não poderão ter duração inferior a 50 minutos.

4.1. SERVIÇOS NA ÁREA DE PSICOLOGIA - Os honorários para os procedimentos realizados pelos profissionais da especialidade de psicologia serão os seguintes:

PROCEDIMENTO	VALOR
Avaliação psicológica	R\$ 115,17
Entrevista inicial	R\$ 63,24

Avaliação de desempenho escolar e aprendizagem	R\$ 65,00
Avaliação de aspectos cognitivos	R\$ 71,18
Avaliação psicomotora	R\$ 71,18
Avaliação da personalidade	R\$ 80,01
Avaliação neuropsicológica	R\$ 132,14
Avaliação psicológica para a concessão de registro porte de arma	R\$ 117,92
Orientação psicopedagógica	R\$ 43,44
Psicomotricidade individual	R\$ 53,00
Psicomotricidade em grupo	R\$ 45,02
Psicoterapia individual	R\$ 63,24
Psicoterapia em casal	R\$ 63,24
Psicoterapia familiar	R\$ 71,82
Psicoterapia em grupo	R\$ 52,52
Musicoterapia	R\$ 69,61

4.1.1. Os procedimentos não listados acima e caso sejam necessários, serão remunerados pela Tabela de Referência Nacional de Honorários dos Psicólogos de 2019, em reais (R\$), limite inferior, com redutor de 20%.

4.1.2. Os beneficiários do SSM com o encaminhamento médico serão atendidos pelo Encarregado da Clínica de Psicologia que avaliará a possibilidade do atendimento nas instalações do HNNa; caso não haja condições o usuário irá escolher em qual clínica credenciada desejará realizar os atendimentos. A Guia de Apresentação do Usuário junto com o encaminhamento médico serão entregues ao usuário. Nos demais atendimentos os pacientes serão encaminhados com solicitação da OSE/PSA, e caso seja ratificada pelo Serviço de Psicologia do Hospital Naval de Natal, será autorizada nova emissão de GAU.

4.1.3. Caberá ao CREDENCIADO supervisão de seus especialistas, a fim de manter a qualidade técnica e a execução das normas vigentes de cada Conselho.

4.1.4. Será autorizado pelo HNNa o limite de 04 (quatro) sessões mensais por paciente, sendo estas realizadas uma vez por semana. Nos casos em que houver indicação de um maior número de sessões a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de Psicologia do Hospital Naval de Natal acompanhada do laudo de especialista para análise e autorização, podendo atingir o limite máximo de 08 (oito) sessões mensais.

4.1.5. A cada atendimento o paciente ou responsável deverá assinar pela sessão realizada.

4.1.6. O CREDENCIADO deverá informar ao Serviço de Psicologia do Hospital Naval de Natal as ausências ou abandono do tratamento pelo paciente, bem como a sua alta.

4.1.7. Psicologia para pacientes internados: limitada a uma sessão de psicologia por dia para paciente internado mediante apresentação de indicação médica. No caso de solicitação de acompanhamento psicológico para a família a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de

Psicologia do Hospital Naval de Natal.

4.2. SERVIÇOS NA ÁREA DE FONAUDIOLOGIA - Os honorários para os procedimentos realizados pelos profissionais da especialidade de fonoaudiologia serão os seguintes:

PROCEDIMENTO	VALOR
Consulta / anamnese / avaliação	R\$ 60,00
Sessão Individual	R\$ 55,00
Sessão em grupo (por pessoa)	R\$ 50,00
Teste da linguinha	R\$ 91,00
Avaliação em ambiente hospitalar (UTI e outras internações)	R\$ 67,00
Sessão em ambiente hospitalar (UTI e outras internações)	R\$ 62,29
Audiometria Tonal e Vocal	R\$ 92,00
Ganho funcional ou de inserção de A.A.S.I	R\$ 87,50
Imitanciometria com pesquisa do reflexo estapédico	R\$ 50,00
Audiometria infantil condicionada	R\$ 105,00
Audiometria ocupacional	R\$ 21,00
Otoemissão acústica evocada	R\$ 79,77
Processamento auditivo central	R\$ 300,00
Treinamento auditivo	R\$ 90,00
Testes vestibulares, com prova calórica, com eletroneistagmografia	R\$ 133,00
PEATE infantil (Bera)	R\$ 180,00
PEATE adulto (Bera)	R\$ 150,00
Reabilitação vestibular (por sessão)	R\$ 62,29
Videofluroscopia/nasofibroscopia da deglutição	R\$ 105,00

4.2.1. Os tratamentos amparados pelo Sistema de Saúde da Marinha (SSM) são aqueles que visam a prevenção, habilitação e reabilitação da linguagem, fala e voz, motricidade orofacial, disfagia, aprendizagem e audição.

4.2.2. Os procedimentos não listados acima e caso sejam necessários, serão remunerados pela tabela do Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Ceará – SINDFONO - 8ª Região, 2019, com redutor de 30 % por cento, na ausência da Tabela dos Fonoaudiólogos do estado do RN.

4.2.3. Os beneficiários do SSM com o encaminhamento médico serão atendidos pelo Encarregado da Clínica de Fonoaudiologia que avaliará a possibilidade do atendimento nas instalações do HNNa; caso não haja condições o usuário irá escolher em qual clínica credenciada desejará realizar os atendimentos. A Guia de Apresentação do Usuário junto com o encaminhamento

médico serão entregues ao usuário. Nos demais atendimentos os pacientes serão encaminhados com solicitação da OSE/PSA, e caso seja ratificada pelo Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Naval de Natal, será autorizada nova emissão de GAU.

4.2.4. A cada atendimento o paciente ou responsável deverá assinar pela sessão realizada.

4.2.5. Será autorizado pelo HNNA o limite de 04 (quatro) sessões mensais por paciente, sendo estas realizadas uma vez por semana. Nos casos em que houver indicação de um maior número de sessões a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Naval de Natal acompanhada do laudo de especialista para análise e autorização, podendo atingir o limite máximo de 08 (oito) sessões mensais.

4.2.6. Fonoaudiologia para pacientes internados: limitada a uma sessão por dia mediante apresentação de indicação médica.

4.3. SERVIÇOS NA ÁREA DE FISIOTERAPIA - Os honorários para os procedimentos realizados pelos profissionais da especialidade de fisioterapia serão os seguintes:

PROCEDIMENTO	VALOR
Consulta hospitalar/ambulatorial	R\$ 43,95
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema nervoso central e/ ou periférico , paciente independente ou com dependência parcial .	R\$ 50,40
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial nas disfunções do sistema nervoso central e/ ou periférico , paciente com dependência total .	R\$ 90,72
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema locomotor (músculo esquelética), paciente independente ou com dependência parcial .	R\$ 50,40
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema locomotor (músculo esquelética), paciente com dependência total .	R\$ 75,60
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiopulmonar, em grupo	R\$ 40,32
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiopulmonar, de forma individualizada.	R\$ 75,60
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema cardiovascular clínica e/ ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, em grupo .	R\$ 40,32
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema cardiovascular clínica e/ ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, de forma individualizada .	R\$ 75,60
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções tegumentar (queimaduras), atingindo até um terço de área corporal.	R\$ 50,40
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial , nas disfunções do sistema tegumentar (queimaduras), atingindo mais de um terço de área corporal.	R\$ 75,60

Assistência fisioterapêutica – ambulatorial nas disfunções do sistema linfático e/ou vascular em um segmento , associada ou não a ulcerações.	R\$ 60,48
Assistência fisioterapêutica – ambulatorial nas disfunções do sistema linfático e/ou vascular em dois ou mais segmentos , associada ou não a ulcerações.	R\$ 75,60
Reabilitação perineal com Biofeedback	R\$ 126,00
Reabilitação perineal com eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios perineais	R\$ 75,60
Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) – Grupo	R\$ 40,32
Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) – Individual	R\$ 75,60
Reabilitação Vestibular (Disfunções Labirínticas)	R\$ 60,48

4.3.1. Os procedimentos que não estejam listados acima e que venham a ser necessários serão pagos de acordo com a Resolução do COFFITO, 2020, aplicando-se o redutor de 20% (vinte por cento) para cada procedimento.

4.3.2 Os beneficiários do SSM com o encaminhamento médico serão atendidos pelo Encarregado da Clínica de Fisioterapia que avaliará a possibilidade do atendimento nas instalações do HNNA; caso não haja condições o usuário irá escolher em qual clínica credenciada desejará realizar os atendimentos. A Guia de Apresentação do Usuário junto com o encaminhamento médico serão entregues ao usuário. Nos demais atendimentos os pacientes serão encaminhados com solicitação da OSE/PSA, e caso seja ratificada pelo Encarregado da Clínica de Fisioterapia do HNNA, será autorizada nova emissão de GAU.

4.3.3. Para as sessões de fisioterapia à nível ambulatorial será autorizado pelo HNNA o limite de 02 (duas) sessões semanais, sendo liberadas 10 (dez) sessões por Guia de Atendimento ao Usuário (GAU), por paciente e durante o período de 30 dias. Nos casos em que houver indicação de um maior número de sessões a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de Fisioterapia do HNNA acompanhada de laudo do médico especialista para análise e possível autorização, a depender do que for observado durante a avaliação realizada por fisioterapeuta do HNNA.

4.3.4. Para paciente internado em enfermaria/apartamento será autorizado 1 (uma) sessão de fisioterapia por dia, independente da escolha do tratamento. Para paciente internado em UTI serão autorizadas até 3 (três) sessões por dia (2 (duas) respiratórias e 1 (uma) motora). Sessão (ões) excedente(s) deverá (ão) ser acompanhada (s) de justificativa do profissional assistente a ser verificado na auditoria concorrente e informada no relatório para cada caso.

4.3.5. A assistência fisioterapêutica realizada no ambiente aquático deverá ser realizada apenas e somente pelo profissional de fisioterapia devidamente registrado no Conselho de Fisioterapia.

4.3.6. Caso haja encaminhamento médico solicitando sessões de hidroterapia será autorizado pelo HNNA o limite de 02 (duas) sessões semanais, sendo liberada 10 (dez) sessões por Guia de Atendimento ao Usuário (GAU), por paciente e durante o período de 30 dias. Nos casos em que houver indicação de um maior número de sessões a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de Fisioterapia do Hospital Naval de Natal acompanhada de laudo do especialista para análise e possível autorização, a depender do que for observado durante a avaliação realizada por fisioterapeuta do HNNA.

4.3.7. A cada atendimento o paciente ou responsável deverá assinar pela sessão realizada.

4.4. SERVIÇOS NA ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL - A remuneração pelos serviços de Terapia Ocupacional será realizada conforme tabela abaixo:

PROCEDIMENTO	VALOR
Consulta /Anamnese	R\$ 46,80
Atendimento hospitalar	R\$ 36,50
Atendimento ambulatorial	R\$ 36,50
Atendimento grupal	R\$ 26,20
Prescrição e confecção de recursos de tecnologias assistivas (material não incluso)	R\$ 62,40
Treinamento de uso de prótese, órteses e/ou outros dispositivos de tecnologias assistivas (por sessão)	R\$ 36,50
Ajuste de órteses e/ou demais dispositivos de tecnologia assistiva	R\$ 46,80
Preparação pré-protética	R\$ 36,50

4.4.1. Os beneficiários do SSM com o encaminhamento médico serão atendidos pelo Encarregado da Clínica de Psicologia que avaliará a possibilidade do atendimento nas instalações do HNNA; caso não haja condições o usuário irá escolher em qual clínica credenciada desejará realizar os atendimentos. A Guia de Apresentação do Usuário junto com o encaminhamento médico serão entregues ao usuário. Nos demais atendimentos os pacientes serão encaminhados com solicitação da OSE/PSA, e caso seja ratificada pelo Serviço de Psicologia do HNNA, será autorizada nova emissão de GAU.

4.4.2. Para as sessões de Terapia Ocupacional serão autorizadas pelo HNNA o limite de 02 (duas) sessões semanais, sendo liberada 10 (dez) sessões por Guia de Atendimento ao Usuário (GAU), por paciente e durante o período de 30 dias. Nos casos em que houver indicação de um maior número de sessões, a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de Psicologia do HNNA acompanhada do laudo do especialista para análise e possível autorização.

4.4.3. Os procedimentos que não constam na tabela acima mas que venham a ser realizados serão pagos de acordo com a Resolução do COFFITO, 2020, aplicando-se o redutor de 20% (vinte por cento) para cada procedimento. Nesses casos a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de Psicologia do HNNA, acompanhada do laudo do médico especialista para análise e possível autorização.

4.4.4. A cada atendimento o paciente ou responsável deverá assinar pela sessão realizada.

4.5. SERVIÇOS NA ÁREA DE NUTRIÇÃO - Os honorários para os profissionais da especialidade de nutrição será:

PROCEDIMENTO	VALOR
Consulta Clínica	R\$ 54,80

4.5.1. Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a uma consulta a cada 30 dias.

4.5.2. Estão incluídas na consulta: a avaliação antropométrica, exame físico, solicitação de exames bioquímicos, anamnese alimentar, cálculo da dieta e prescrição nutricional conforme necessidade nutricional do paciente.

5. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

5.1. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

a) Os Exames de Imagem que não constarem nas tabelas 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.4, 5.1.5 e 5.1.6 serão remunerados após pesquisa de preço em todos os CREDENCIADOS e será selecionado o prestador que apresentar o menor valor.

b) TOMOGRAFIAS: Os procedimentos de tomografia computadorizada quando realizados em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o exame principal ou de maior valor em 100%, o segundo de maior valor de exame em 70% e terceiro e demais procedimentos serão remunerados em 50%. Os valores dos procedimentos já englobam Honorário Médico, Materiais e Medicamentos.

c) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: Os procedimentos de ressonância magnética quando realizados em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o exame principal ou de maior valor em 100%, o segundo de maior valor de exame em 70% e terceiro e demais procedimentos serão remunerados em 50%. Os valores dos procedimentos já englobam Honorário Médico, Materiais e Medicamentos.

d) MEDICINA NUCLEAR: Os procedimentos de medicina nuclear quando realizados em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o exame principal ou de maior valor em 100%, o segundo de maior valor de exame em 80% e terceiro e demais procedimentos serão remunerados em 50%. Os valores dos procedimentos já englobam Honorário Médico, Materiais e Medicamentos.

e) Somente nos casos em que o paciente não esteja em condições de realizar os dois ou mais procedimentos no mesmo dia, haverá cobrança do pacote para cada procedimento realizado em dias distintos, devidamente justificada a impossibilidade pela OSE Credenciada.

5.1.1. RADIOLOGIA (RX)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (INCLUSO MAT/MED/HM)
4.08.01.01-2	Crânio – 2 incidências	R\$ 32,68
4.08.01.02-0	Crânio – 3 incidências	R\$ 35,90
4.08.01.03-9	Crânio – 4 incidências	R\$ 46,60
4.08.01.04-7	Ouvidos, mastoides ou rochedos	R\$ 36,10
4.08.01.05-5	Órbitas - bilateral	R\$ 36,10
4.08.01.06-3	Seios da face	R\$ 32,68
4.08.01.07-1	Sela túrcica	R\$ 27,93
4.08.01.08-0	Maxilar inferior	R\$ 34,15
4.08.01.09-8	Ossos da face	R\$ 36,10
4.08.01.10-1	Arcos zigomáticos ou malar ou apófises estilóides	R\$ 35,56
4.08.01.11-0	Articulação temporomandibular (bilateral)	R\$ 31,43
4.08.01.12-8	Adenoides ou cavum	R\$ 30,50
4.08.01.20-9	Incidência adicional de crânio ou face	R\$ 12,59

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.08.02.01-9	Coluna cervical – 3 incidências	R\$ 32,37
4.08.02.02-7	Coluna cervical – 5 incidências	R\$ 45,04
4.08.02.03-5	Coluna dorsal – 2 incidências	R\$ 35,70
4.08.02.04-3	Coluna dorsal – 4 incidências	R\$ 47,29
4.08.02.05-1	Coluna lombo sacra – 3 incidências	R\$ 37,26
4.08.02.06-0	Coluna lombo sacra – 5 incidências	R\$ 50,66
4.08.02.07-8	Sacro coccix	R\$ 34,24
4.08.02.08-6	Coluna dorso lombar para escoliose	R\$ 45,90
4.08.02.09-4	Coluna total para escoliose (telespondilografia)	R\$ 66,76
4.08.02.11-6	Incidência adicional de coluna	R\$ 14,55
4.08.03.01-5	Esterno	R\$ 33,88
4.08.03.02-3	Articulação esternoclavicular	R\$ 32,37
4.08.03.03-1	Costela – por hemitórax	R\$ 34,77
4.08.03.04-0	Clavícula – unilateral	R\$ 32,68
4.08.03.05-8	Omoplata ou escápula - unilateral	R\$ 33,88
4.08.03.06-6	Articulação acromioclavicular - unilateral	R\$ 31,43
4.08.03.07-4	Articulação escapuloumeral (ombro) - unilateral	R\$ 31,43
4.08.03.08-2	Braço – unilateral	R\$ 32,68
4.08.03.09-0	Cotovelo – unilateral	R\$ 30,50
4.08.03.10-4	Antebraço – unilateral	R\$ 31,41
4.08.03.11-2	Punho – unilateral	R\$ 32,38
4.08.03.12-0	Mão ou quirodáctilo – unilateral	R\$ 30,50
4.08.03.13-9	Mãos e punhos para idade óssea	R\$ 30,19
4.08.03.14-7	Incidência adicional de membro superior	R\$ 12,59
4.08.04.01-1	Bacia	R\$ 31,97
4.08.04.02-0	Articulações sacroilíacas	R\$ 33,30
4.08.04.03-8	Articulação coxofemoral (quadril) - unilateral	R\$ 33,72
4.08.04.04-6	Coxa – unilateral	R\$ 32,68
4.08.04.05-4	Joelho – unilateral	R\$ 31,75
4.08.04.06-2	Patela	R\$ 33,18
4.08.04.07-0	Perna – unilateral	R\$ 33,84
4.08.04.08-9	Articulação tibiotársica (tornozelo)	R\$ 30,50
4.08.04.09-7	Pé ou pododáctilo – unilateral	R\$ 31,75
4.08.04.10-0	Calcâneo – unilateral	R\$ 30,50
4.08.04.11-9	Escanometria	R\$ 32,90
4.08.04.12-7	Panorâmica dos membros inferiores	R\$ 46,82
4.08.04.13-5	Incidência adicional de membro inferior	R\$ 12,59
4.08.05.01-8	Tórax - 1 incidência	R\$ 27,93
4.08.05.02-6	Tórax - 2 incidências	R\$ 34,90
4.08.05.03-4	Tórax - 3 incidências	R\$ 38,65
4.08.05.04-2	Tórax - 4 incidências	R\$ 51,24

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.08.05.05-0	Coração e vasos da base	R\$ 53,55
4.08.06.03-0	Esôfago (seriografia esofageana) - criança	R\$ 360,00
4.08.06.05-7	Esôfago - hiato - estômago ou duodeno (seriografia esôfago-gastro-duodenal) criança	R\$ 360,00
4.08.06.08-1	Clister ou enema opaco - criança	R\$ 397,00
4.08.08.01-7	Abdome simples	R\$ 31,70
4.08.08.04-1	Mamografia digital bilateral	R\$ 143,11
4.08.08.05-0	Ampliação ou magnificação de lesão mamária	R\$ 42,69
4.08.08.12-2	Densitometria óssea - 1 segmento	R\$ 103,93
4.08.08.13-0	Densitometria óssea - 2 segmentos	R\$ 149,00
4.08.08.14-9	Densitometria óssea - corpo inteiro	R\$ 134,53
4.08.06.01-4	Deglutograma	R\$ 440,00
4.08.06.03-0	Esofago	R\$ 420,00
4.08.06.05-7	Esofago - hiato - estomago e duodeno	R\$ 525,00
4.08.06.06-5	Transito e morfologia do delgado	R\$ 420,00
4.08.06.18-9	Trânsito colonico	R\$ 525,00
4.08.06.07-3	Estudo do delgado com duplo contraste	R\$ 495,00
4.08.06.09-0	Defecograma	R\$ 550,00
4.08.06.11-1	Colangiografia pos-operatoria (pelo dreno)	R\$ 440,00
4.08.07.01-0	Urografia venosa com bexiga pre e pos miccional	R\$ 362,00
4.08.07.02-9	Pielografia ascendente	R\$ 440,00
4.08.07.05-3	Uretrocistografia de adulto	R\$ 525,00
4.08.07.06-1	Uretrocistografia de criança (até 12 anos)	R\$ 525,00
4.08.07.09-6	Uretrocistografia retrograda	R\$ 404,00
4.08.09.02-1	Sialografia (por glandula)	R\$ 440,00
4.08.09.03-0	Histerossalpingografia	R\$ 472,50
4.08.09.05-6	Fistulografia	R\$ 440,00
4.08.09.06-4	Colangiografia transcutanea	R\$ 440,00
4.08.09.07-2	Colangiopancreatografia retrograda	R\$ 440,00
4.08.09.08-0	Dacriocistografia	R\$ 385,00

5.1.2. ULTRASSONOGRAFIA (US)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (INCLUSO MAT/MED/HM)
4.09.01.01-7	Globo ocular - bilateral	R\$ 84,74
4.09.01.02-5	Globo ocular com doppler colorido - bilateral	R\$ 161,87
4.09.01.03-3	Glândulas salivares	R\$ 84,78
4.09.01.04-1	Torácico extracardiaco	R\$ 58,98
4.09.01.11-4	Mamas	R\$ 84,78
4.09.01.12-2	Abdome total (abdome superior, rins, bexiga, aorta, veia cava inferior e adrenais)	R\$ 144,30
4.09.01.13-0	Abdome superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas e baço)	R\$ 101,02

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.09.01.14-9	Retroperitônio (grandes vasos ou adrenais)	R\$ 115,50
4.09.01.17-3	Abdome inferior masculino – bexiga, próstata e vesículas seminais	R\$ 90,13
4.09.01.18-1	Abdome inferior feminino – bexiga, útero, ovários e anexos	R\$ 88,36
4.09.01.20-3	Órgãos superficiais – mamas ou tireoide ou escroto ou pênis ou crânio	R\$ 71,09
4.09.01.21-1	Estruturas superficiais – cervical ou axilas ou músculo ou tendão	R\$ 71,09
4.09.01.22-0	Articular (por articulação)	R\$ 84,78
4.09.01.23-8	Obstétrica	R\$ 63,12
4.09.01.24-6	Obstétrica convencional com doppler colorido	R\$ 59,00
4.09.01.25-4	Obstétrica com translucência nuchal	R\$ 130,09
4.09.01.26-2	Obstétrica morfológica	R\$ 190,00
4.09.01.27-0	Obstétrica gemelar – cada feto	R\$ 48,94
4.09.01.28-9	Obstétrica gemelar com doppler colorido – cada feto	R\$ 89,00
4.09.01.29-7	Obstétrica 1º trimestre (endovaginal)	R\$ 172,79
4.09.01.30-0	Transvaginal	R\$ 85,23
4.09.01.33-5	Próstata - via transretal	R\$ 135,17
4.09.01.35-1	Doppler colorido transcraniano ou transfontanela	R\$ 148,00
4.09.01.36-0	Doppler colorido venoso – subclávias e jugulares	R\$ 232,00
4.09.01.37-8	Doppler colorido vasos cervicais arterial bilateral (carótidas e vertebrais)	R\$ 246,64
4.09.01.38-6	Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada (inclui coração)	R\$ 175,55
4.09.01.39-4	Doppler colorido de aorta e artérias renais	R\$ 192,87
4.09.01.40-8	Doppler colorido de aorta e ilíacas	R\$ 192,87
4.09.01.41-6	Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior, inferior e tronco celíaco)	R\$ 192,87
4.09.01.42-4	Doppler colorido de hemangioma	R\$ 182,37
4.09.01.43-2	Doppler colorido de veia cava superior	R\$ 192,87
4.09.01.45-9	Doppler colorido arterial de membro superior/unilateral	R\$ 256,56
4.09.01.47-5	Doppler colorido arterial membro superior/inferior	R\$ 256,56
4.09.01.48-3	Doppler colorido venoso de membro inferior unilateral	R\$ 211,00
4.09.01.46-7	Doppler colorido venoso de membro superior/inferior	R\$ 256,56
4.09.01.51-3	Doppler colorido de artérias penianas (sem fármaco indução)	R\$ 146,50
4.09.01.60-2	Doppler transcraniano	R\$ 148,00
4.09.01.75-0	Próstata (via abdominal)	R\$ 88,36
4.09.01.76-9	Aparelho urinário (rins, ureteres e bexiga)	R\$ 88,50
4.09.01.79-3	Elastografia hepática para controle de fibrose, por US	R\$ 290,00
4.09.02.04-8	Próstata transretal com biópsia mais de 08 fragmentos	R\$ 884,91

5.1.3. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) *

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (INCLUSO MAT/MED/HM)
4.10.01.01-0	Crânio ou sela túrcica ou órbitas	R\$ 217,39
4.10.01.02-8	Mastoides ou orelhas	R\$ 343,18
4.10.01.03-6	Seios da face ou face	R\$ 351,33

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.10.01.04-4	Articulações temporomandibulares - atm	R\$ 351,33
4.10.01.06-0	Pescoço	R\$ 362,18
4.10.01.07-9	Tórax	R\$ 362,18
4.10.01.08-7	Coração - para avaliação do escore de cálcio	R\$ 343,18
4.10.01.09-5	Abdome total	R\$ 551,86
4.10.01.10-9	Abdome superior	R\$ 362,18
4.10.01.11-7	Pelve ou bacia	R\$ 343,18
4.10.01.12-5	Coluna cervical ou dorsal ou lombar - até 03 segmentos	R\$ 289,07
4.10.01.13-3	Coluna - segmento adicional	R\$ 79,15
4.10.01.36-2	Tc de vias urinárias – urotomografia	R\$ 673,46
4.10.01.14-1	Articulação (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemural ou joelho ou pé) – unilateral	R\$ 343,18
4.10.01.15-0	Segmentos apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé) - unilateral	R\$ 343,18
4.10.01.17-6	Angiotomografia de aorta torácica	R\$ 374,18
4.10.01.18-4	Angiotomografia de aorta abdominal	R\$ 374,18
4.10.01.19-2	Escanometria digital	R\$ 138,24
4.10.01.37-0	Angiotomografia arterial de crânio	R\$ 338,45
4.10.01.38-9	Angiotomografia venosa de crânio	R\$ 338,45
4.10.01.39-7	Angiotomografia arterial de pescoço	R\$ 338,45
4.10.01.40-0	Angiotomografia venosa de pescoço	R\$ 338,45
4.10.01.41-9	Angiotomografia arterial de tórax	R\$ 338,45
4.10.01.42-7	Angiotomografia venosa de tórax	R\$ 338,45
4.10.01.43-5	Angiotomografia arterial de abdome superior	R\$ 338,45
4.10.01.44-3	Angiotomografia venosa de abdome superior	R\$ 338,45
4.10.01.45-1	Angiotomografia arterial de pelve	R\$ 338,45
4.10.01.46-0	Angiotomografia venosa de pelve	R\$ 338,45
4.10.01.47-8	Angiotomografia arterial de membro inferior	R\$ 338,45
4.10.01.48-6	Angiotomografia venosa de membro inferior	R\$ 338,45
4.10.01.49-4	Angiotomografia arterial de membro superior	R\$ 338,45
4.10.01.50-8	Angiotomografia venosa membro superior	R\$ 338,45
4.10.01.51-6	Angiotomografia arterial pulmonar	R\$ 338,45
4.10.01.52-4	Angiotomografia venosa pulmonar	R\$ 338,45
(*) Quando houver necessidade de contraste para TC, acrescentar ao exame:		R\$ 292,60

5.1.4. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM) *

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (INCLUSO MAT/MED/HM)
4.11.01.01-4	Crânio	R\$ 662,45

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.11.01.02-2	Sela túrcica - hipófise	R\$ 685,73
4.11.01.03-0	Base do crânio	R\$ 685,73
4.11.01.05-7	Perfusão cerebral	R\$ 243,38
4.11.01.06-5	Espectroscopia	R\$ 243,38
4.11.01.07-3	Órbita - bilateral	R\$ 685,73
4.11.01.08-1	Ossos temporais - bilateral	R\$ 685,73
4.11.01.09-0	Face - inclui seios da face	R\$ 685,73
4.11.01.10-3	Articulação temporomandibular – atm bilateral	R\$ 673,73
4.11.01.11-1	Pescoço	R\$ 685,73
4.11.01.12-0	Tórax	R\$ 722,37
4.11.01.13-8	Coração - morfológico e funcional	R\$ 722,37
4.11.01.14-6	Coração - morfológico e funcional + perfusão + estresse	R\$ 775,12
4.11.01.15-4	Coração morfológico e funcional + perfusão + viabilidade miocárdica	R\$ 835,57
4.11.01.17-0	Abdome superior	R\$ 722,37
4.11.01.18-9	Pelve	R\$ 685,73
4.11.01.19-7	Fetal	R\$ 685,73
4.11.01.20-0	Pênis	R\$ 673,73
4.11.01.21-9	Bolsa escrotal	R\$ 673,73
4.11.01.22-7	Coluna cervical ou dorsal ou lombar	R\$ 685,73
4.11.01.23-5	Fluxo liquórico (como complementar)	R\$ 170,79
4.11.01.24-3	Plexo braquial (desfiladeiro torácico) ou lombossacral (não inclui coluna cervical ou lombar)	R\$ 722,37
4.11.01.25-1	Membro superior - unilateral	R\$ 685,73
4.11.01.26-0	Mão	R\$ 685,73
4.11.01.27-8	Bacia - art sacroilíacas	R\$ 685,73
4.11.01.28-6	Coxa - unilateral	R\$ 685,73
4.11.01.29-4	Perna - unilateral	R\$ 685,73
4.11.01.30-8	Pé (antepé) – não inclui tornozelo	R\$ 685,73
4.11.01.31-6	Articular	R\$ 685,73
4.11.01.33-2	Angio-rm de aorta torácica	R\$ 722,37
4.11.01.34-0	Angio-rm de aorta abdominal	R\$ 722,37
4.11.01.35-9	Hidro-rm (colângio-rm ou uro-rm ou mielo-rm ou sialo-rm ou cistografia por rm)	R\$ 685,73
4.11.01.48-0	Mama (bilateral)	R\$ 685,73
4.11.01.49-9	Angio-rm arterial pulmonar	R\$ 685,73
4.11.01.50-2	Angio-rm venosa pulmonar	R\$ 685,73
4.11.01.51-0	Angio-rm arterial de abdome total	R\$ 685,73
4.11.01.52-9	Angio-rm venosa de abdome superior	R\$ 685,73
4.11.01.53-7	Angio-rm arterial de crânio	R\$ 685,73
4.11.01.54-5	Angio-rm venosa de crânio	R\$ 685,73
4.11.01.55-3	Angio-rm arterial de membro inferior - unilateral	R\$ 685,73

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.11.01.56-1	Angio-rm venosa de membro inferior - unilateral	R\$ 685,73
4.11.01.57-0	Angio-rm arterial de membro superior - unilateral	R\$ 685,73
4.11.01.58-8	Angio-rm venosa de membro superior - unilateral	R\$ 685,73
4.11.01.59-6	Angio-rm arterial de pelve	R\$ 685,73
4.11.01.60-0	Angio-rm venosa de pelve	R\$ 685,73
4.11.01.61-8	Angio-rm arterial de pescoço	R\$ 685,73
4.11.01.62-6	Angio-rm venosa de pescoço	R\$ 685,73
4.11.01.63-4	Enterografia (rm-endorretal)	R\$ 722,37
4.11.02.01-0	Artro-rm (incluir a punção articular) - por articulação	R\$ 722,37
(*) Quando houver necessidade de contraste para RM, acrescentar ao exame		R\$ 270,00
(*) Quando houver necessidade de contraste para ANGIO-RM, acrescentar ao exame		R\$ 290,00

5.1.5. MEDICINA NUCLEAR

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (INCLUSO MAT/MED/ CONTRASTE/HM)
4.07.01.02-6	Cintilografia com hemácias marcadas	R\$ 562,81
4.07.01.06-9	Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso	R\$ 841,50
4.07.01.05-0	Cintilografia do miocárdio necrose (infarto agudo)	R\$ 889,35
4.07.01.08-5	Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas - repouso	R\$ 405,49
4.07.01.13-1	Cintilografia do mioc. perfusão - estresse farmacológico	R\$ 801,43
4.07.01.14-0	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico	R\$ 801,43
4.07.02.01-3	Cintilografia para pesquisa de refluxo gástrico esofágico	R\$ 340,97
4.07.02.01-4	Cintilografia das glândulas salivares com ou sem estímulo	R\$ 240,64
4.07.02.02-2	Cintilografia do fígado e baço	R\$ 370,79
4.07.02.03-0	Cintilografia do fígado e vias biliares	R\$ 445,55
4.07.02.04-9	Cintilografia para detecção de hemorragia digestória ativa	R\$ 393,75
4.07.02.05-7	Cintilografia para detecção de hemorragia digestória não ativa	R\$ 600,00
4.07.02.06-5	Cintilografia para determinação do tempo de esvaziamento gástrico	R\$ 328,78
4.07.02.07-3	Cintilografia para estudo de trânsito esofágico (líquidos)	R\$ 325,07
4.07.02.09-0	Cintilografia para pesquisa de divertículo de meckel	R\$ 251,21
4.07.02.10-3	Cintilografia para pesquisa de refluxo gastroesofágico	R\$ 321,67
4.07.02.11-1	Fluxo sanguíneo hepático (qualitativo e quantitativo)	R\$ 297,00
4.07.03.02-9	Cintilografia da tireoide e/ou captação (iodo-131)	R\$ 232,31
4.07.03.03-7	Cintilografia da tireoide e/ou captação com tecnécio 99m tc	R\$ 192,84
4.07.03.04-5	Cintilografia das paratireoides	R\$ 1.001,61
4.07.04.01-7	Cintilografia renal dinâmica	R\$ 392,97
4.07.04.02-5	Cintilografia renal dinâmica com diurético	R\$ 479,79
4.07.04.03-3	Cintilografia renal estática (quantitativa ou qualitativa)	R\$ 356,55
4.07.04.05-0	Cistocintilografia direta	R\$ 359,42
4.07.04.04-1	Cintilografia testicular (escrotal)	R\$ 259,33
4.07.04.06-8	Cistocintilografia indireta	R\$ 360,46
4.07.04.08-4	Determinação do fluxo plasmático renal	R\$ 180,31

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.07.06.01-0	Cintilografia óssea (corpo total)	R\$ 279,00
4.07.06.02-8	Fluxo sanguíneo ósseo	R\$ 101,50
4.07.07.01-6	Cintilografia cerebral	R\$ 339,81
4.07.07.03-2	Cintilografia de perfusão cerebral	R\$ 1.414,00
4.07.07.09-1	Cintilografia de perfusão cerebral para avaliação de dopamina (trodat)	R\$ 7.000,00
4.07.08.01-2	Cintilografia com análogo de somatostatina (snc)	R\$ 6.000,00
4.07.08.02-0	Cintilografia com gálio-67	R\$ 1.144,17
4.07.08.07-1	Demarcação radioisotópica de lesões tumorais	R\$ 306,08
4.07.08.08-0	Deteção intraoperatória radio guiada de lesões tumorais	R\$ 441,86
4.07.08.09-8	Deteção intraoperatória radio guiada de linfonodos sentinela	R\$ 441,86
4.07.08.10-1	Linfocintilografia	R\$ 354,76
4.07.08.11-0	Quantificação da captação pulmonar com gálio-67	R\$ 864,96
4.07.09.01-9	Cintilografia para detecção de aspiração pulmonar	R\$ 362,25
4.07.09.02-7	Cintilografia pulmonar (inalação)	R\$ 385,00
4.07.09.03-5	Cintilografia pulmonar (perfusão)	R\$ 345,07
4.07.11.01-3	Dacriocintilografia	R\$ 208,32

5.1.6. OUTROS EXAMES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (INCLUSO MAT/MED/ CONTRASTE/HM)
4.07.08.12-8	Pet dedicado oncológico (incluso mat/med+honorário)	R\$ 3.675,00
4.08.08.19-0	Marcação pré cirúrgica por nódulo – por mama – máximo de 3 nódulos	R\$ 426,89
4.08.08.20-3	Marcação pré cirúrgica por nódulo – por mama, por us – máximo 3 nódulos	R\$ 422,03
4.08.08.23-8	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina, por us	R\$ 69,00
4.08.08.25-4	Biópsia percutânea de fragmento mamário por estereotaxia (core biopsy)	R\$ 723,96
4.08.08.26-2	Biópsia percutânea de fragmento mamário por us (core biopsy)	R\$ 733,30
4.08.08.28-9	Mamotomia por estereotaxia inclui: honorários médicos, materiais, medicamentos, opme, taxas.	R\$ 5.600,00
4.08.08.29-7	Mamotomia, guiada por ultra-som inclui: honorários médicos, materiais, medicamentos, opme, taxas.	R\$ 1.940,40
4.08.09.16-1	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por us (não inclui exame de base)	R\$ 79,32
4.09.01.79-3	Elastografia hepática para controle de fibrose por ultrassonografia	R\$ 290,00
4.10.01.23-0	Angiotomografia coronariana (incluso mat/med+honorário)	R\$ 1.300,00
-	Marcação mamária com clipe metálico	R\$ 319,00
-	Cardiotocografia, anteparto	R\$ 57,07
-	Perfil biofísico fetal	R\$ 180,83
-	Perfil biofísico fetal - gestação múltipla	R\$ 271,24
-	Elastografia, por ressonância magnética	R\$ 290,00
-	Pet – ct gálio-68 com análogo da somatostatina (incluso fármaco + mat/med + honorário)	R\$ 7.062,00
-	Pet ct gálio-68 - psma (incluso fármaco + mat/med + honorário)	R\$ 5.407,50

5.1.7. PACOTE ANESTÉSICO (RX/US/TC/RM/MN). Para efeito de cobrança dos materiais e

medicamentos utilizados pelos anestesistas, serão inseridos aos procedimentos com necessidade de anestesia, o pacote anestésico, no valor de R\$ 320,00 (referência 60 minutos), que contempla os seguintes materiais:

MATERIAL	USO/QT.
Oxigênio	01 hora
Oxímetro	01 hora
Mascara laríngea	01 un
Sevorane 100ml	30 ml
Propofol – amp. 20 ml	01 un
Esparadrapo branco – 10 x 4,5	15 cm
Seringa descartável	04 un
Infuso múltiplo 2 vias c/clamp	01 un
Cateter intravenoso periférico – jelco 20 ou 22 ou 24 ou 26	01 un
Algodão hidrófilo - bola	05 un
Agulha descartável 40 x 12	04 un
Álcool 70%	05 m

66. OFTALMOLOGIA

6.1. Ao valor da consulta será acrescido R\$ 25,00 para cobertura do exame da tonometria.

6.1.1. Por ocasião da entrega da fatura, deverá ser anexado o laudo da tonometria ocular, quando esse for realizado. A consulta oftalmológica inclui: anamnese, inspeção exame das pupilas, acuidade visual, refração, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

6.1.2. Outros exames cobrados junto com a consulta deverão estar acompanhados de laudo com justificativa médica, anexados a GAU.

6.2. Cirurgias Múltiplas ou Simultâneas

6.2.1. Vias diferentes - serão pagos 100 % (cem por cento) do procedimento de maior porte, 70 % (setenta por cento) para o 2º procedimento de maior porte e a partir do 3º procedimento será pago 50% (cinquenta por cento).

6.2.2. Mesma via - Se for utilizado a mesma via de acesso serão pagos 100 % (cem por cento) do maior porte e 50% (cinquenta por cento) para os demais procedimentos.

6.3. As cirurgias oftalmológicas quando forem monocular ou binocular obedecem ao detalhado nos itens 6.2 e 6.6.

6.4. Os médicos especialistas que atenderem os usuários do SSM em consultas e exames/procedimentos complementares deverão possuir Título de Especialista reconhecido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e/ou certificado de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação. Os médicos especialistas que atenderem os usuários do SSM em cirurgias oftalmológicas deverão **obrigatoriamente** possuir Título de Especialista reconhecido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO).

6.5. Serviços a Serem Executados

6.5.1. Exames Complementares

- a)** Os exames complementares independente dos citados no item 6.5.2, são os constantes da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), 2014, e sua solicitação deverá observar os protocolos técnicos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia/Federação das Cooperativas Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia (FeCooESO) do Brasil;
- b)** Protocolos para exames pré-operatórios em Oftalmologia:
1. Facectomia (catarata): Acuidade visual a laser (PAM), biometria, Mapeamento da retina (se possível – cristalino transparente) ou * Ecografia B (quando mapeamento for impossível – cristalino opaco), Microscopia especular da córnea, Ceratoscopia computadorizada.
 - * mapeamento de retina e ecografia B são excludentes. Em situações especiais: gonioscopia, retinografia, angiofluoresceinografia, eletrorretinografia (ERG) e potencial evocado visual (PEV), tomografia de coerência óptica (OCT), com justificativa.
 2. Glaucoma: campos visuais e paquimetria.
 3. Pterígio: rotina clínica e topografia corneana.
 4. Estrabismo: exame de motilidade ocular.
 5. Descolamento da retina: mapeamento da retina e ecografia B.
 6. Vitrectomia: ecografia B e mapeamento da retina;
- c)** Exames pré-operatórios com indicação clínica diferente do protocolo acima, deverão ser encaminhados para a Divisão de Auditoria do Hospital Naval de Natal, com justificativa para autorização;
- d)** Os resultados dos exames complementares pré-operatórios terão validade de 6 meses. Nas cirurgias binoculares realizadas em dois tempos cirúrgicos distintos dentro de 6 meses não será autorizada nova realização dos mesmos exames;
- e)** Os exames complementares poderão ser realizados por outras clínicas credenciadas independente de esta ter realizado a consulta, desde que esteja habilitada para o serviço;
- f)** Para ser habilitada a realizar exames complementares, o CREDENCIADO deverá possuir pelo menos os seguintes equipamentos em suas instalações próprias: campímetro computadorizado, topógrafo corneano, paquímetro, aparelho de microscopia especular da córnea, aparelho de potencial da acuidade visual (PAM), aparelho de ultrassonografia modo B, oftalmoscópio indireto e lente de gonioscopia; e
- g)** Se no ato da consulta o usuário necessitar realizar algum exame complementar, o CREDENCIADO deverá solicitar o procedimento. A realização deste exame complementar deverá ocorrer somente após autorização do Hospital Naval de Natal.

6.5.2. RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Código	Procedimento	Valor
4.01.03.02-1	Análise computadorizada de papila e/ou de fibras nervosas (Monocular)	R\$ 173,00
4.01.03.03-0	Análise computadorizada de segmento anterior (Monocular) - PENTACAN	R\$ 211,20
4.13.01.01-3	Angiofluoresceinografia convencional (Monocular)	R\$ 64,00
4.13.01.02-1	Angiografia com indocianina verde (Monocular)	R\$ 344,50
4.13.01.03-0	Avaliação orbito palpebral – exoftal mometria (Binocular)	R\$ 29,00
4.13.01.17-0	Avaliação de vias lacrimais (Monocular)	R\$ 80,70
4.15.01.01-2	Biometria ultrassônica (Monocular)	R\$ 65,00

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.01.03.13-7	Campimetria computadorizada (Monocular)	R\$ 45,00
4.13.01.07-2	Campimetria manual (Monocular)	R\$ 42,90
4.13.01.08-0	Ceratoscopia computadorizada (Monocular)	R\$ 64,00
4.13.01.12-9	Curva tensional diária (Binocular)	R\$ 25,00
4.01.03.24-2	Eletro-oculografia (Monocular)	R\$ 158,00
4.01.03.25-0	Eletro Retinografia (Monocular)	R\$ 91,65
4.13.01.15-3	Estéreo foto de papila (Monocular)	R\$ 91,00
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (Teste ortóptico) (Binocular)	R\$ 29,30
4.13.01.24-2	Gonioscopia (Binocular)	R\$ 20,00
4.13.01.25-0	Mapeamento de retina (Monocular)	R\$ 45,00
4.13.01.26-9	Microscopia especular da córnea (Monocular)	R\$ 138,76
4.13.01.27-7	Oftalmo dinamometria (Monocular)	R\$ 30,90
4.15.01.12-8	Paquimetria ultrassônica (Monocular)	R\$ 40,00
4.13.01.30-7	Potencial de acuidade visual (Monocular)	R\$ 32,90
4.01.03.63-3	Potencial evocado visual (PEV) (Binocular)	R\$ 216,92
4.13.01.31-5	Retinografia (Monocular)	R\$ 63,99
4.14.01.27-1	Teste de sensibilidade de contraste ou de cores (Monocular)	R\$ 32,90
4.14.01.30-1	Teste provocativo para glaucoma (Binocular)	R\$ 28,50
4.15.01.14-4	Tomografia de coerência óptica (Monocular)	R\$ 200,00
4.13.01.32-3	Tonometria (Binocular)	R\$ 25,00
4.09.01.52-1	Ultrassonografia biomicroscópica (Monocular)	R\$ 211,20
4.09.01.53-0	Ultrassonografia diagnóstica (Monocular)	R\$ 153,80
4.13.01.36-6	Visão subnormal (Monocular)	R\$ 131,00

6.5.2.1. Quando o exame monocular for realizado bilateralmente, no mesmo ato, remunera-se 100 % (cem por cento) para um lado e 70 % (setenta por cento) para o outro lado.

6.5.2.2. Estão inclusos materiais, medicamentos, honorários médicos (exceto do anestesta) e taxas.

6.6. Pacotes de Cirurgias Oftalmológicas

- a)** As cirurgias oftalmológicas a serem autorizadas são as constantes na relação abaixo;
- b)** O protocolo de tratamento cirúrgico para catarata a ser adotado tem como parâmetro a acuidade visual maior ou igual a 20/40 em cada olho com a melhor correção possível;
- c)** Os critérios mínimos para o credenciamento dos complexos cirúrgicos oftalmológicos são os projetados em atendimento à RDC nº 50/2002 da ANVISA, e com os alvarás de funcionamento (emitido pelo Corpo de Bombeiros) e Sanitário dentro do prazo de vigência;
- d)** O CREDENCIADO estará obrigado a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências;

e) O CREDENCIADO deverá garantir a transferência segura do paciente para um hospital de retaguarda, caso necessário;

f) As cirurgias não poderão ser realizadas em consultórios ou em complexo cirúrgico que não atendam aos critérios mínimos descritos acima; e

g) Nos casos de procedimentos que não sejam contemplados nos pacotes relacionados abaixo, os materiais e medicamentos utilizados serão remunerados pela tabela CMED. Caso não seja identificado algum item no CMED. Caso não seja identificado algum item na tabela CMED, deverá ser apresentado no mínimo 3 orçamentos de fornecedores diferentes, com apresentação das respectivas Notas Fiscais.

6.7. Pacotes de Procedimentos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (MONOCULAR)
3.03.01.04-1	Calázio	R\$ 500,00
3.03.06.01-9	Capsulotomia	R\$ 230,50
3.03.10.03-2	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas	R\$ 1.500,00
3.03.10.04-0	Cirurgias fistulizantes com implantes valvulares	R\$ 5.600,00
3.03.01.08-4	Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio	R\$ 1.650,00
3.03.04.15-6	Cross linking	R\$ 2.000,00
3.03.04.10-5	Delaminação corneana com fotoablação estromal - LASIK	R\$ 1.300,00
3.03.01.10-6	Dermatocalaze ou Blefaroptose	R\$ 1.600,00
3.03.07.03-1	Endolaser	R\$ 230,50
3.03.09.01-8	Enucleação ou evisceração com ou sem implante	R\$ 4.000,00
3.03.01.13-0	Epilação de cílios (diatermo coagulação)	R\$ 300,00
3.03.11.04-7	Estrabismo horizontal	R\$ 1.500,00
3.03.03.10-9	Exérese de tumor de conjuntiva	R\$ 600,00
3.03.06.02-7	Facectomia com Faco e LIO (kit + ponteira viscoelastico)	R\$ 1.900,00
-	Facectomia extracapsular + LIO	R\$ 1.800,00
3.03.13.04-0	Fechamento dos pontos lacrimais	R\$ 1.700,00
3.03.01.14-9	Fissura palpebral - correção cirúrgica	R\$ 1.230,00
3.03.12.04-3	Fotocoagulação (laser) - por sessão - (Monocular)	R\$ 204,00
3.03.10.06-7	Fototrabeculoplastia (laser)	R\$ 1.000,00
3.03.04.08-3	Implante de anel intra-estromal	R\$ 3.000,00
3.03.07.04-0	Implante de silicone intravítreo	R\$ 1.200,00
3.03.06.06-0	Implante secundário / explante / fixação escleral ou iriana	R\$ 700,00
3.03.07.05-8	Infusão perfluorcarbono	R\$ 1.000,00
3.03.10.08-3	Iridectomia (Monocular)	R\$ 295,00
3.03.05.01-2	Paracentese da câmara anterior	R\$ 420,00

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

3.03.03.06-0	Pterígio - exérese	R\$ 650,00
3.03.01.18-1	Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral	R\$ 1.640,00
3.03.13.05-8	Reconstituição de vias lacrimais com silicone ou outro material	R\$ 1.300,00
3.03.01.19-0	Ressecção de tumores palpebrais	R\$ 600,00
3.03.12.08-6	Retinopexia com introflexão escleral	R\$ 2.000,00
3.03.01.20-3	Retração palpebral	R\$ 1.650,00
3.03.01.21-1	Simbléfaro	R\$ 1.000,00
3.03.13.06-6	Sondagem das vias lacrimais	R\$ 500,00
3.03.04.06-7	Sutura de córnea	R\$ 600,00
3.03.07.14-7	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Avastin® (monocular) (*)	R\$ 1.000,00
3.03.07.14-7	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Eylea® (monocular) (*)	R\$ 3.700,00
3.03.07.14-7	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Lucentis® (monocular) (*)	R\$ 4.000,00
3.03.07.14-7	Terapia antiangiogênica com aplicação intravítrea de Ozurdex® (monocular) (*)	R\$ 4.500,00
3.03.01.26-2	Triquíase com ou sem enxerto	R\$ 1.650,00
3.03.07.09-0	Troca fluido gasosa	R\$ 1.000,00
3.03.01.27-0	Xantelasma palpebral - Ressecção unilateral	R\$ 600,00
3.03.07.08-2	Vitrectomia com retirada de óleo de silicone via pars plana	R\$ 1.000,00
3.03.07.11-2	Vitrectomia anterior com kit básico	R\$ 1.500,00
3.03.07.11-2	Vitrectomia anterior	R\$ 3.000,00
3.03.06.06-0	Implante secundário / explante / fixação escleral ou iriana fixação da LIO	R\$ 3.000,00
3.03.07.12-0	Vitrectomia via pars plana com kit básico	R\$ 3.000,00
3.03.07.12-0	Vitrectomia via pars plana com kit básico	R\$ 4.000,00
3.03.07.05-8	Infusão perfluorcarbono	
3.03.07.12-0	Vitrectomia vias pars plana	R\$ 5.700,00
3.03.07.05-8	Infusão perfluorcarbono	
3.03.12.08-6	Retinopexia com introflexão escleral	
3.03.07.04-0	Implante de silicone intravítreo	
3.03.07.06-6	Membranectomia EPI ou sub-retiniana	
3.03.07.03-1	Endolaser/Endodiatermia	
3.03.07.09-0	Troca fluido gasosa	
3.03.07.12-0	Vitrectomia via pars plana com kit básico	R\$ 5.700,00
3.03.07.05-8	Infusão perfluorcarbono	
3.03.06.02-7	Facetomia com Faco e LIO (kit + ponteira viscoelastico)	
3.03.07.04-0	Implante de silicone intravítreo	
3.03.07.06-6	Membranectomia EPI ou sub-retiniana	
3.03.07.03-1	Endolaser/Endodiatermia	
3.03.07.12-0	Vitrectomia via pars plana com kit básico	R\$ 4.500,00
3.03.07.04-0	Implante de silicone intravítreo	
3.03.07.05-8	Infusão perfluorcarbono	

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

3.03.07.06-6 3.03.07.03-1	Membranectomia EPI ou sub-retiniana Endolaser/Endodiatermia	
3.03.07.12-0 3.03.07.04-0 3.03.07.05-8 3.03.07.06-6 3.03.07.03-1 3.03.07.09-0	Vitrectomia via pars plana com kit básico Implante de silicone intravítreo Infusão perfluorcarbono Membranectomia EPI ou sub-retiniana Endolaser/Endodiatermia Troca fluido gasosa	R\$ 4.900,00
3.03.03.01-0 3.03.03.06-0	Autotransplante conjuntival Pterígio - exérese	R\$ 800,00
3.03.03.01-0 3.03.04.06-7	Autotransplante conjuntival Sutura de córnea	R\$ 1.000,00
3.03.10.07-5 3.03.06.02-7	Trabeculectomia + Facectomia + LIO	R\$ 2.000,00

6.7.1. Nos procedimentos estão inclusos materiais, medicamentos, taxas, Honorários Médicos, Lentes Intra oculares (LIO), curativos, e até 3 (três) consultas pós cirúrgicas nos primeiros 30 (trinta) dias de pós-operatório. As demais cirurgias serão remuneradas por conta aberta.

6.7.2. Não está incluso o honorário do anestesista.

6.7.3. As Lentes Intra oculares (LIO) a serem implantadas nos usuários deverão ter a seguinte especificação mínima: monofocais, dobráveis, esféricas, acrílicas, nacionais ou importadas, com registro na ANVISA. As etiquetas das embalagens das LIO deverão ser encaminhadas junto com cópia do relato cirúrgico, ficha anestésica e fatura, para auditoria e respectiva autorização de pagamento.

6.7.4. As Taxas de utilização de equipamentos oftalmológicos serão remuneradas para os exames e procedimentos que não constarem neste anexo, conforme classificação do prestador, excetuando-se quando já haver previsão no porte da CBHPM configurado pela Unidade de Custo Operacional (UCO); bem como o deflator de 30% para o segundo exame monocular (quando for o mesmo exame).

6.7.5. (*) Estão inclusos materiais, medicamentos, taxas, honorário médico e anestesista. Não caberá taxa de comercialização sobre o pacote contratado.

6.7.6. Para comprovação dos medicamentos de alto custo para injeção intra vítrea e da lente intra ocular e de demais materiais de alto custo, ou seja superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais), deverá ter a etiqueta do medicamento ou material apensa à conta, além do descritivo do ato cirúrgico .

6.7.7. Para os procedimentos não constantes na tabela acima, os honorários médicos serão calculados de acordo com a CBHPM 2014, plena, UCO de R\$ 16,15.

7. PROCEDIMENTOS INTRA HOSPITALAR

7.1. APARELHO DIGESTIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.02.01.10-4	Ecoendoscopia alta Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 3.600,00
4.02.02.24-0	Ecoendoscopia com punção por agulha Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 5.000,00
4.02.02.22-4	Ecoendoscopia com cistoenterostomia Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 6.890,00
4.02.02.23-2	Ecoendoscopia comneurólise de plexo celíaco Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 6.890,00
4.02.01.07-4	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 2.234,00
4.02.01.07-4 4.02.02.49-6	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) + Papilotomia biopsia e/ou citologia biliar e pancreática Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 4.544,00
4.02.01.07-4 4.02.02.50-0	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) + Papilotomia e dilatação biliar ou pancreática Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 4.544,00
4.02.01.07-4 4.02.02.51-8	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) + Papilotomia endoscópica (para retirada de cálculos coledocianos ou drenagem biliar) Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 4.544,00
4.02.01.07-4 4.02.02.52-6	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) + Papilotomia, dilatação e colocação de prótese ou dreno biliar ou pancreático Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos, taxas e vídeo.	R\$ 4.544,00

7.1.1. OBS.:

- a) Para os procedimentos em que for utilizado o vídeo /equipamento do Hospital, deverá ser pago o valor da taxa para o Hospital.
- b) Excluído: OPME e honorários anestesiológicos.
- c) O serviço de anestesiologia somente será autorizado desde que haja justificativa na solicitação médica.
- d) Para procedimentos (ecoendoscopia/CPRE) que não estejam relacionados acima, o sistema de vídeo será remunerado em R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais).

7.2. OUTROS PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.02.01.03-1 4.02.01.05-8	Broncoscopia com biópsia transbrônquica Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral Inclui: taxa de sala, taxa de sala de recuperação pós anestésica, taxa de serviços, taxa de uso de equipamentos, gasoterapia, materiais descartáveis, materiais especiais (broncoscópio flexível, pinças e reservatório descartável) e medicamentos. Excluso: diárias, SADT, honorário médico e do anestesista, e não especificados acima.	R\$ 1.384,11
	Honorário do cirurgião	R\$ 800,00
4.04.03.06-8	Coleta de biópsia de medula óssea por agulha Realizado em sala cirúrgica. Inclui: materiais, medicamentos, honorários médicos e resultado da análise da peça. Excluso: honorário do anestesista	R\$ 1.100,00
4.03.04.48-5 4.03.04.89-2	Mielograma Realizado em sala cirúrgica. Inclui: materiais, medicamentos, honorários médicos e resultado da análise da peça. Excluso: honorário do anestesista	R\$ 900,00

7.3. CIRURGIAS DA ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA

Estarão incluso nos pacotes: todas as taxas de sala, serviços, uso de equipamentos, assistência de enfermagem, todos os materiais descartáveis, todos os materiais especiais, todos os medicamentos, contrastes e gasoterapia, manta térmica descartável, fisioterapias, SADT (exames laboratoriais, RX e ECG), inerentes aos procedimentos.

7.3.1. ABLAÇÃO Inclui:	ENF: R\$ 36.760,69 APTO: R\$ 36.977,45
OPME	QUANTIDADE
Cat. diag. decapolar csl supreme	1 un
Conexão cateter diagnóstico	4 un
Cateter diag. hexapolar - 120cm	2 un
Cat. diag. quadripolar safire	2 un

Cateter para ablação	1 un
Fast-cath introdutor hemostático	2 un
Conector p/ cateter cool path	5 un
Cat. diag. response decapolar	1 un
Conector p/ cat. decapolar	2 un
Agulha transseptal brk 71cm	2 un
Marca-passo provisório	1 un
DIÁRIAS E TAXAS	QUANTIDADE
Diária de Enf/Apto.	1 un
Diária de UTI	1 un
EXCLUSO	
Diárias excedentes	
Honorários médicos e anestesiológicos	
Sangue/ou hemoderivados	
Medicamentos especiais/alto custo	
SADT alto custo (EDA, US, TC e RNM), reoperações e outros não especificados acima	
OBSERVAÇÃO	
Quando o estudo eletrofisiológico for realizado no mesmo ato da ablação será pago apenas o pacote da ablação.	

7.3.2. ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL E ARRITMIAS COMPLEXAS	ENF: R\$ 45.062,58
Inclui:	APTO: R\$ 45.350,04
OPME	QUANTIDADE
Cateter therapy cool path	1 un
Conector para cateter cool path	1 un
Conjunto de tubos cool point - equipo	1 un
Cat. diag. Response decapolar	1 un
Conector para cateter decapolar	1 un
Cat. circunferencial optima	1 un
Conector para cateter optima	1 un
Eletrodo de superficie navx	1 un
Agulha transseptal brk 71cm	1 un
Int. swartz transseptal 63 cm	2 un
Int. ultimum hemost. 12 cm 7r	3 un
Marca-passo provisório	1 un
DIÁRIAS E TAXAS	

Diária de Enf/Apto.	1 un
Diária de UTI	1 un
EXCLUSO	
Diárias excedentes	
Honorários médicos e anestesiológicos	
Medicamentos especiais/alto custo	
Sangue/ou hemoderivados	
SADT alto custo (EDA. US, TC e RNM), e reoperações e outros não especificados acima	
OBSERVAÇÃO	
Quando o estudo eletrofisiológico for realizado no mesmo ato da ablação será pago apenas o pacote de ablação.	

7.3.3. ANGIOGRAFIA / ARTERIOGRAFIA 1 MEMBRO	R\$ 2.550,17
Inclui:	
OPME	QUANTIDADE
Cateter diagnóstico judkins	1 un
Cateter diagnóstico	3 un
Guia hid. Guidewire j reta	1 un
Introdutor	1 un
Manifold	1 un
Cateter pig tail	1 un
EXCLUSO	
Diárias excedentes	
Honorários médicos e anestesiológicos	
Medicamentos especiais/alto custo	
Sangue/ou hemoderivados	
SADT alto custo (EDA. US, TC e RNM), e reoperações e outros não especificados acima	

7.3.4. ANGIOGRAFIA / ARTERIOGRAFIA 2 MEMBROS	R\$ 2.656,64
Inclui:	
OPME	QUANTIDADE
Cateter diagnóstico judkins dir	1 un
Cateter diagnóstico judkins esq	1 un
Cateter pig tail	2 un
Guia hid. Guidewire j reta	1 un

Introdutor	1 un
Manifold	1 un
EXCLUSO	
Diárias excedentes	
Honorários médicos e anestesiológicos	
Medicamentos especiais/alto custo	
Sangue/ou hemoderivados	
SADT alto custo (EDA. US, TC e RNM), reoperações e outros não especificados acima	

7.3.5. ANGIOGRAFIA CEREBRAL Inclui:	R\$ 2.550,17
OPME	QUANTIDADE
Fio guia hidrofílico 0,035	1 un
Introdutor	1 un
Cateter diagnóstico	3 un
Cateter cerebral	1 un
Manifold	1 un
Cateter simons	1 un
EXCLUSO	
Diárias excedentes, fisioterapias e reoperações eo especificados	
Honorários médicos e anestesiológicos	
Medicamentos especiais/alto custo	
Sangue/ou hemoderivados	
SADT alto custo (EDA. US, TC e RNM), reoperações e outros não especificados acima	

7.3.6. ANGIOPLASTIA CORONARIANA SEM STENT Inclui:	R\$ 11.348,25
OPME	QUANTIDADE
Cateter balão	2 un
Cateter guia	2 un
Fio guia	2 un
Cateter jr	1 un
Corda 0,035x150 hidrofílica	1 un
Corda 0,014	1 un

Indeflator	2 un
Introdutor	1 un
Manifold 3val.-Torneirinha 5 vias	1 un
Y para angioplastia	1 un
DIÁRIAS	
Diária de Enf./Apto	1
Diária de UTI	1
EXCLUSO	
Diárias excedentes	
Honorários médicos e anestesiológicos	
Medicamentos especiais/alto custo	
Sangue/ou hemoderivados	
SADT alto custo (ECO, EDA, US, TC e RNM), reoperações e outros não especificados acima	

7.3.6.1. STENT FARMACOLÓGICO - Observar a precificação para esse material no item 2 do Apêndice do Anexo C, quando houver necessidade de utilização extra pacote.

7.3.7. ARTERIOGRAFIA / AORTOGRAFIA / ANGIOGRAFIA (INCLUSO 2 MEMBROS) Inclui:	R\$ 2.550,17
OPME	QUANTIDADE
Fio guia hidrofílico 0,035	1 un
Introdutor	1 un
Cateter jr	1 un
Manifold	1 un
Cateter pig tail	1 un
EXCLUSO	
Honorários Médicos e Anestesiológicos	
Hemoderivados	
SADT	
Medicamentos especiais e soluções de alto custo	

7.3.8. CATETERISMO CARDÍACO Inclui:	R\$ 2.550,17
OPME	QUANTIDADE
Fio guia hidrofílico 0,035	1 un

Introdutor	1 un
Cateter pig tail	1 un
Cateter diagnostico	3 un
Cateter diag. JI	1 un
Manifold 3val.-Torneirinha 5 vias	1 un
EXCLUSO	
Diárias	
Honorários Médicos e Anestesiológicos	
Hemoderivados	
SADT	
Medicamentos especiais e soluções de alto custo	

8. CARDIOLOGIA CLÍNICA

8.1. CONSULTA - Na consulta cardiológica será acrescido o valor de R\$ 32,10 para cobertura do Eletrocardiograma (4.01.01.01-0), exceto na consulta de retorno. Por ocasião da entrega da fatura, deverá ser anexado o laudo do exame ECG, quando esse for realizado.

8.2. EXAMES

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
2.01.02.02-0	Holter de 24 horas - 3 canais - digital Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 165,85
2.01.02.03-8	Monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA (24 horas) Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 165,85
2.01.02.07-0	Tilt Teste Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 550,00
4.01.01.03-7	Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional) Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 165,85
4.09.01.07-6	Ecodopplercardiograma com estresse farmacológico Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 900,00
4.09.01.10-6	Ecodopplercardiograma transtorácico Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 270,00
4.09.01.08-4	Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento, fluxo em cores Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 374,50
4.09.01.09-2	Ecodopplercardiograma transesofágico (inclui transtorácico) Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 588,50
4.09.01.45-9	Doppler colorido arterial de membro superior – unilateral Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 274,52

4.09.01.47-5	Doppler colorido arterial de membro inferior – unilateral Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 274,52
4.09.01.46-7	Doppler colorido venoso de membro superior – unilateral Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 256,56
4.09.01.48-3	Doppler colorido venoso de membro inferior – unilateral Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 256,56
4.09.01.78-5	Eco trasesofágico 3D Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 1.070,00
4.09.01.80-7	Eco com strain Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 447,26
4.01.01.01-0	Eletrocardiograma, acréscimo ao valor da consulta Incluso: Materiais, honorários médicos e taxas	R\$ 32,10

9. PROCEDIMENTOS DA CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA – HEMODINÂMICA (HONORÁRIOS MÉDICOS)

9.1. Procedimentos não mencionados abaixo serão remunerados de acordo com a tabela CBHPM 2016, porte multiplicado por 2, com majoração de 47,64 %, independente de acomodação.

9.2. Incluso honorários médicos do Cirurgião e seus Auxiliares.

CATETERISMO CARDÍACO		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
3.09.11.05-2	Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio	R\$ 3.589,42
3.09.11.07-9	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia	R\$ 2.989,06
3.09.11.08-7	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco abdominais e/ou membros	R\$ 3.227,46
ANGIOPLASTIAS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
3.09.11.02-8	Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções (cateter ou guia)	R\$ 1.407,37
3.09.11.14-1	Estudo ultrassonográfico intravascular e/ou intracavitário do coração	R\$ 2.989,83
3.09.12.03-2	Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos com implante de stent	R\$ 9.036,00
3.09.12.10-5	Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)	R\$ 6.849,16
3.09.12.18-0	Recanalização arterial do IAM – angioplastia primária – com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra	R\$ 11.901,27

	aórtico)	
3.09.12.26-1	Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent	R\$ 9.714,41
3.09.12.27-0	Ateromectomia rotacional, direcional, extracional ou uso de laser coronariano com ou sem angioplastia por balão, com ou sem implante de stent	R\$ 9.714,41
OCCLUSÃO DE SHUNTS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
3.09.11.10-9	Cateterização cardíaca e por via transeptal	R\$ 1.406,98
3.09.12.12-1	Oclusão percutânea de “shunts” intracardíacos	R\$ 7.944,17
VALVOPLASTIA MITRAL/PULMONAR		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
3.09.11.10-9	Cateterização cardíaca e por via transeptal	R\$ 1.406,98
3.09.12.25-3	Valvoplastia percutânea por via transeptal	R\$ 6.847,39
VALVOPLASTIA AÓRTICA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	R\$ 2.199,74
4.08.12.06-5	Angiografia transoperatória de posicionamento	R\$ 342,10
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	R\$ 342,10
3.09.04.09-9	Implante de marca-passo temporário à beira do leito	R\$ 1.613,32
3.09.12.24-5	Valvoplastia percutânea por via arterial ou venosa	R\$ 4.141,66
TAVI		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	R\$ 2.199,74
4.08.12.06-5	Angiografia transoperatória de posicionamento	R\$ 342,10
4.08.12.07-3	Angiografia pós-operatório de controle	R\$ 342,10
3.09.04.09-9	Implante de marca-passo temporário à beira do leito	R\$ 1.613,32
3.09.06.16-4	Cateterismo da artéria radial - para PAM	R\$ 432,10
3.09.13.01-2	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas	R\$ 1.674,76
3.09.12.29-6	Implante transcater de prótese valvar aórtica (TAVI)	R\$ 14.365,89

9.1.2. Os procedimentos realizados em caráter de urgência ou emergência, nos dias não úteis e nos dias úteis entre 19h e 07h do dia seguinte, serão remunerados com acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre os valores estabelecidos acima.

10. PROCEDIMENTOS DA CIRURGIA CARDIOVASCULAR - (HONORÁRIOS MÉDICOS)

10.1. Procedimentos não listados abaixo serão remunerados pela tabela CBHPM 2014, UCO de R\$ 16,15.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
3.09.01.01-4	Ampliação (anel valvar, grandes vasos, átrio, ventrículo)	R\$ 17.507,94
3.09.02.01-0	Ampliação do anel valvar	R\$ 17.507,94
3.09.06.01-6	Aneurisma de aorta abdominal infra renal	R\$ 12.813,31
3.09.06.02-4	Aneurisma de aorta abdominal supra renal	R\$ 13.402,90
3.09.06.08-3	Aneurismas torácicos ou tóraco abdominais — correção cirúrgica	R\$ 26.848,64
3.09.03.01-7	Aneurismectomia de VE	R\$ 16.943,17
3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 12.154,88
3.09.17.03-4	Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração)	R\$ 8.057,66
3.09.02.02-9	Cirurgia multivalvar	R\$ 19.908,21
3.09.01.03-0	Coarctação da aorta — correção cirúrgica	R\$ 12.154,88
3.09.05.01-0	Colocação de balão intra aórtico	R\$ 2.681,02
3.09.02.03-7	Comissurotomia valvar	R\$ 17.507,94
3.09.01.04-9	Confecção de bandagem da artéria pulmonar	R\$ 8.471,58
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 17.507,94
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 17.507,94
3.09.15.01-5	Correção cirúrgica das arritmias	R\$ 17.507,94
3.09.15.02-3	Drenagem do pericárdio	R\$ 2.681,92
3.09.06.19-9	Endarterectomia carotídea — cada segmento arterial tratado	R\$ 6.336,86
3.09.13.04-7	Instalação de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada (toracotomia)	R\$ 8.057,66
3.09.13.05-5	Manutenção de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada	R\$ 2.681,92
3.08.05.11-2	Mediastinotomia (via paraesternal, transesternal, cervical)	R\$ 3.418,27
3.09.15.04-0	Pericardiotomia/pericardiectomia	R\$ 7.653,57
3.09.02.04-5	Plastia valvar	R\$ 17.507,94
3.09.06.30-0	Ponte fêmoro-femoral cruzada	R\$ 4.320,11
3.08.04.08-6	Punção pleural	R\$ 792,61
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	R\$ 19.908,21
3.09.01.10-3	Ressecção (infundíbulo, septo, membranas, bandas)	R\$ 17.507,94
3.09.17.04-2	Retirada de tumores intracardíacos	R\$ 19.908,21
3.09.03.02-5	Revascularização do miocárdio	R\$ 18.637,48
3.09.03.03-3	Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar	R\$ 23.889,87
-	Sobreaviso para procedimentos realizados por outros profissionais	R\$ 6.138,82
3.08.04.13-2	Toracostomia com drenagem pleural fechada	R\$ 1.572,14
3.15.02.01-6	Transplante cardíaco - doador	R\$ 44.764,71
3.15.02.02-4	Transplante cardíaco - receptor	R\$ 20.064,21
3.09.01.11-1	Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 19.908,21

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

3.08.01.09-5	Traqueostomia	R\$ 1 049,64
3.08.05.16-3	Tratamento da mediastinite (qualquer via)	R\$ 6.811,10
3.09.12.23-7	Tratamento percutâneo do aneurisma/dissecção da aorta	R\$ 15.079,30
-	Tratamentos de complicações de procedimentos realizados por outros profissionais	R\$ 30.694,14
3.09.02.05-3	Troca valvar	R\$ 17.507,94
-	Plastia de loja de dispositivo cardíaco eletrônico implantável	R\$ 1.482,80
1.01.02.01-9	Parecer de arritmias, para implante de marca-passo ou mesmo opinião para estu- do fisiológico	R\$ 296,56
2.01.01.20-1	Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca-passo ou sincroniza- dor ou desfibrilador ou monitor de eventos implantável, cardíacos	R\$ 296,56
2.02.01.05-2	Cardioversão elétrica eletiva	R\$ 565,78
2.02.04.02-7	Cardioversão elétrica de emergência	R\$ 565,78
3.09.04.02-1	Implante de cardiodesfibrilador interno, placas e eletrodos	R\$ 12 624,81
3.09.04.06-4	Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio	R\$ 12.922,87
3.09.04.08-0	Implante de marcapasso provisório epicárdio	R\$ 1.418,27
3.09.04.09-9	Implante de marcapasso provisório à beira do leito (apto.)	R\$ 906,47
	Implante de marcapasso provisório à beira do leito (enf.)	R\$ 856,50
3.09.04.10-2	Recolocação de eletrodo/gerador com ou sem troca de unidades	R\$ 2 622,41
3.09.04.11-0	Retirada do sistema (não aplicável na troca do gerador)	R\$ 2.481,45
3.09.04.12-9	Troca de gerador	R\$ 1 418,19
3.09.04.13-7	Implante de marcapasso monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	R\$ 2.622,41
3.09.04.14-5	Implante de marcapasso bicameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	R\$ 4 581,17
3.09.04.15-3	Remoção de cabo eletrodo de marcapasso e/ou cardiodesfibrilador implantável com auxílio de dilatador mecânico, laser ou radiofrequência	Rs 5.259,54
3.09.04.16-1	Implante de cardiodesfibrilador multissítio — tre-d (gerador e eletrodos)	R\$ 16.864,74
3.09.04.17-0	Implante de monitor de eventos (looper implantável)	R\$ 890,76
3.09.15.02-3	Drenagem do pericárdio	R\$ 2 515,14
3.01.01.62-0	Drenagem de hematoma	R\$ 326,41

10.1.1. Para os procedimentos na tabela acima, quando realizados múltiplos e simultâneos, serão remunerados o de maior valor em 100% e os demais em 30% cada.

10.2. PACOTES DE PROCEDIMENTOS DA CIRURGIA CARDIOVASCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS)

Código	Revascularização do Miocárdio + Aneurismectomia	Valor Enf/Apto.
3.09.03.02-5	Revascularização do miocárdio	R\$ 18.637,48
3.09.03.01-7	Aneurismectomia de VE	R\$ 5.082,95
Total		R\$ 23.720,43

Código	Cirurgia valvar + Correção de arritmias	Valor Enf/Apto.
3.09.02.05-3	Troca valvar	R\$ 17.507,94
3.09.15.01-5	Correção cirúrgica das arritmias	R\$ 5.252,38
Total		R\$ 22.760,32
Código	Comunicação Inter Ventricular (CIV) + Correção cirúrgica da CIA	Valor Enf/Apto.
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 17.507,94
3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 3.646,46
Total		R\$ 21.154,40
Código	Comunicação Inter Ventricular (CIV) + PCA	Valor Enf/Apto.
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 17.507,94
3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 3.646,46
Total		R\$ 21.154,40
Código	Comunicação Inter Ventricular (CIV) + Comunicação Interatrial (CIA)	Valor Enf/Apto.
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 17.507,94
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 5.252,38
Total		R\$ 22.760,32
Código	Comunicação Inter Ventricular (CIV) + Comunicação Interatrial (CIA) + PCA	Valor Enf/Apto.
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 17.507,94
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 5.252,38
3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 3.646,46
Total		R\$ 26.406,78
Código	TGV + CIA + PCA = Operação de Jatene (Switch arterial) + Correção CIA + Ligadura PCA	Valor Enf/Apto.
3.09.01.11-1	Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 19.908,21
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	R\$ 5.972,46
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 5.252,38
3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 3.646,46
Total		R\$ 34.779,51
Código	TGV + CIA + PCA = Operação de Jatene (Switch arterial) + Correção CIV + Ligadura PCA	Valor Enf/Apto.
3.09.01.11-1	Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 19.908,21
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	R\$ 5.972,46
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 5.252,38

3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 3.646,46
Total		R\$ 34.779,51

Código	TGV + CIV + CIA + PCA= Operação de Jatene (Switch arterial) + Correção CIV + Correção CIA + Ligadura PCA	Enf/Apto.
3.09.01.11-1	Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 19.908,21
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	R\$ 5.972,46
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 5.252,38
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 5.252,38
3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 3.646,46
Total		R\$ 40.031,88

Código	Tetralogia de Fallot	Valor Enf/Apto.
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 17.507,94
3.09.01.01-4	Ampliação (anel valvar, grandes vasos, átrio, ventrículo)	R\$ 5.252,38
3.09.01.10-3	Ressecção (infundíbulo, septo, membranas, bandas)	R\$ 5.252,38
Total		R\$ 28.012,70

Código	Defeito do Septo AV	Valor Enf/Apto.
3.09.02 02-9	Cirurgia multivalvar	R\$ 19.908,21
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 5.252,38
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 5.252,38
Total		R\$ 30.412,97

Código	Defeito do Septo AV forma total (DSAVT) + PCA	Valor Enf/Apto.
3.09.02.02-9	Cirurgia multivalvar	R\$ 19.908,21
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 5.252,38
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial (CIA)	R\$ 5.252,38
3.09.01.02-2	Canal arterial persistente — correção cirúrgica	R\$ 3.646,46
Total		R\$ 34.059,43

Código	Truncus Arteriosus + CIV + Redirecionamento de FluaO	Valor Enf/Apto.
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	R\$ 19.908,21
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica da comunicação interventricular (CIV)	R\$ 5.252,38
Total		R\$ 25.160,59

Código	Redirecionamento de fluxo + Bandagem da artéria pulmonar	Valor Enf/Apto.
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	R\$ 19.908,21
3.09.01.04-9	Confecção de bandagem da artéria pulmonar	R\$ 2.541,47

	Total	R\$ 22.449,68
Código	Coarctação da Aorta + Bandagem da artéria pulmonar	Valor Enf/Apto.
3.09.01.03-0	Coarctação da aorta — correção cirúrgica	R\$ 12.154,88
3.09.01.04-9	Confecção de bandagem da artéria pulmonar	R\$ 2.541,47
	Total	R\$ 14.696,35

11. PROCEDIMENTOS DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL E ELETROFISIOLOGIA INVASIVA (HONORÁRIOS MÉDICOS)

11.1. Para os procedimentos não listados abaixo, a remuneração será pela tabela CBHPM 2016, UCO de R\$ 19,36, com majoração de 29,45 %, independente de acomodação.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ENF/APTO.
-	Plastia de loja de dispositivo cardíaco eletrônico implantável	R\$ 1.555,75
1.01.02.01-9	Parecer de arritmias, para implante de marca-passo ou mesmo opinião para estudo fisiológico	R\$ 163,13
2.01.01.20-1	Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca-passo ou sincronizador ou desfibrilador ou monitor de eventos implantável, cardíacos	R\$ 155,57
2.02.01.05-2	Cardioversão elétrica eletiva	R\$ 593,61
2.02.04.02-7	Cardioversão elétrica de emergência	R\$ 593,61
3.09.04.02-1	Implante de cardiodesfibrilador interno, placas e eletrodos	R\$ 13.245,95
3.09.04.06-4	Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio	R\$ 13.558,68
3.09.04.08-0	Implante de marcapasso provisório epicárdio	R\$ 1.488,04
3.09.04.09-9	Implante de marcapasso provisório à beira do leito	R\$ 951,05
3.09.04.10-2	Recolocação de eletrodo/gerador com ou sem troca de unidades	R\$ 2.622,41
3.09.04.11-0	Retirada do sistema (não aplicável na troca do gerador)	R\$ 2.603,53
3.09.04.12-9	Troca de gerador	R\$ 1.487,97
3.09.04.13-7	Implante de marcapasso monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	R\$ 2.751,43
3.09.04.14-5	Implante de marcapasso bicameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	R\$ 4.806,57

3.09.04.15-3	Remoção de cabo eletrodo de marcapasso e/ou cardiodesfibrilador implantável com auxílio de dilatador mecânico, laser ou radiofrequência	R\$ 5.518,30
3.09.04.16-1	Implante de cardiodesfibrilador multissítio – trc-d (gerador e eletrodos)	R\$ 13.245,95
3.09.04.17-0	Implante de monitor de eventos (looper implantável)	R\$ 934,58
3.09.15.02-3	Drenagem do pericárdio	R\$ 2.638,88
3.01.01.62-0	Drenagem de hematoma	R\$ 342,47

12. PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DIGESTIVO

12.1. 3.10.02.39-0		VALOR
1. GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		
<p>INCLUSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultas com cirurgião pré operatório, ato cirúrgico e pós operatório, por 90 dias, incluindo visitas em caso de nova internação; - Consulta com equipe multidisciplinar (psicólogo, nutrição, fonoaudiólogo, equipe mínima a critério do cirurgião, de acordo com a necessidade do paciente, outros profissionais como fisioterapeuta, enfermeiro e educador físico, também poderão participar do acompanhamento, sem gerar custos adicionais); - Equipe com cirurgião, auxiliares e instrumentador cirúrgico da equipe; - Sistema de Videolaparoscopia e material cirúrgico laparoscópico permanente; e - OPME. <p>EXCLUSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesiologista; - Diárias; - Taxa de sala cirúrgica; - Taxa de Equipamentos; - Medicamentos; - Gases; - Reoperação; - Sangue e hemoderivados; e - SADT. 		R\$ 16.700,00

12. 2. SISTEMA DIGESTIVO - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
3.10.04.06-7 4.02.01.02-3 4.02.01.18-0	Dilatação digital ou instrumental do ânus e/ou reto + anuscopia (interna e externa) + retossigmoidoscopia rígida Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas	R\$ 209,22
3.10.04.06-7 4.02.01.02-3 3.10.04.18-0 4.02.01.18-0	Dilatação digital ou instrumental do ânus e/ou reto + anuscopia (interna e externa) + hemorroidas - ligadura elástica (por sessão) + retossigmoidoscopia rígida Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 267,58
4.02.01.02-3	Anuscopia Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 52,65
4.02.01.12-0	Endoscopia digestiva alta Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 400,00
4.02.02.03-8	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ ou citologia Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 436,00
4.02.02.61-5	Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease até 12h Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 485,35
4.02.02.54-2	Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos) Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 1.008,95
4.02.02.55-0	Polipectomia de esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos) Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 664,68
4.02.01.17-1	Retossigmoidoscopia flexível Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 250,00
4.02.01.08-2	Colonoscopia (inclui a retossigmoidoscopia) Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 869,24
4.02.02.66-6	Colonoscopia (com biópsia e/ou citologia) Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 806,50
4.02.02.71-2	Colonoscopia com mucosectomia Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 1.187,92

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.02.02.31-3	Hemostasia de cólon Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 1075,51
4.02.02.29-1	Hemostasia gástrica Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 788,15
4.02.02.45-3	Ligadura elástica do esôfago, estômago ou duodeno Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 829,63
4.02.02.47-0	Mucosectomia do esôfago, estômago ou duodeno Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 790,17
4.01.02.02-5	Manometria computadorizada anorretal Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 552,31
4.01.02.05-0	Manometria esofágica computadorizada com teste provocativo Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 479,53
4.01.02.06-8	Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 586,08
4.01.02.09-2	PH-metria esofágica com dois canais Incluso: honorário médico, material médico-hospitalar, medicamentos e taxas.	R\$ 586,08

12.2.1. VÍDEOS:

DESCRIÇÃO	VALOR
Vídeo endoscopia	R\$ 310,55
Vídeo colonoscopia	R\$ 338,25

13. PROCEDIMENTOS DIVERSOS

13.1. PNEUMOLOGIA - (HONORÁRIO MÉDICO)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.01.03.52-8	Polissonografia de noite inteira (PSG) (inclui polissonogramas)	R\$ 669,57
4.01.05.07-5	Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)	R\$ 150,00

13.2. DERMATOLOGIA - (HONORÁRIO MÉDICO)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
3.01.01.20-4	Criocirurgia (nitrogênio líquido) de neoplasias cutâneas	R\$ 120,00

13.3. NEUROLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
-	Botox – Toxina botulínica (aplicação) – não estético (somente honorário médico)	R\$ 400,00
4.01.03.20-0	Eletroencefalograma especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado – Até 30 min (hospitalar) (inclui traslado equipamento, taxas, honorários médicos)	R\$ 900,00
4.01.03.20-0	Eletroencefalograma especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado – Até 1h (hospitalar) (inclui traslado equipamento, taxas, honorários médicos)	R\$ 1.080,00
4.01.03.20-0	Eletroencefalograma especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado – de 1h até 2h (hospitalar) (inclui traslado equipamento, taxas, honorários médicos)	R\$ 1.600,00
4.01.03.75-7	EEG – ATÉ 12H (HOSPITALAR) (inclui traslado equipamento, taxas, honorários médicos)	R\$ 2.950,00
4.01.03.75-7	VEEG – ATÉ 12H (CLÍNICA)	R\$ 2.950,00
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória (HOSPITALAR) (inclui traslado equipamento, taxas, honorários médicos)	R\$ 9.000,00

14. UROLOGIA

14.1. Os procedimentos médicos que não estejam listados abaixo e não contemplados em pacotes, serão remunerados de acordo com a tabela CBHPM 2004, 3ª Edição, plena, UCO de R\$ 11,50, com majoração de 88,49 %, **independente de acomodação.**

14.2. Os procedimentos médicos por vídeo assistido, que não estejam em pacotes, serão remunerados 1,5 (uma vez e meia) a tabela CBHPM 2004, 3ª Edição, plena, UCO de R\$ 11,50, mais 88,49%.

14.3. VÍDEOS

VÍDEO	VALOR
Taxa de percutânea ou nefroscópio (paciente internado)	R\$ 785,44
Taxa de ureteroscopia	R\$ 584,52
Taxa de vídeo urologia	R\$ 584,52
Taxa de videolaparoscopia (urologia)	R\$ 1.516,00
Taxa do litotripsor ultrassônico (paciente internado)	R\$ 785,44

14.4. PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (ENFERMARIA)
3.11.01.16-0 3.09.14.07-8	Nefrectomia parcial unilateral Linfadenectomia retroperitoneal (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares e taxa de vídeo laparoscópico)	R\$ 6.344,16
3.11.01.13-5	Marsupialização de cistos renais unilateral (incluso honorário médico do cirurgião, auxiliar e taxa de vídeo laparoscópico)	R\$ 3.040,48
3.11.01.18-6 3.09.14.07-8	Nefrectomia radical unilateral Linfadenectomia retroperitoneal (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares e taxa de vídeo laparoscópico)	R\$ 6.655,70
3.11.01.19-4	Nefrectomia total unilateral (incluso honorário médico do cirurgião e auxiliares)	R\$ 2.785,16
3.11.01.27-5 3.11.02.06-9 3.11.01.31-3	Nefrolitotripsia percutânea unilateral Colocação nefroscópica de Duplo J – Unilateral Nefrostomia percutânea unilateral (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares e taxa de vídeo urologia)	R\$ 4.982,12
3.11.01.31-3	Nefrostomia percutânea unilateral (incluso honorário médico do cirurgião e taxa de vídeo urologia)	R\$ 1.757,22
3.11.02.06-9 3.11.01.10-0 3.11.01.36-4	Colocação nefroscópica de Duplo J unilateral Estenose de junção pielouretral – Trat. cirúrgico Pieloplastia (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares e taxa de vídeo laparoscópico)	R\$ 5.272,26
3.11.02.07-7	Colocação ureteroscópica de Duplo J – unilateral (incluso honorário médico do cirurgião, auxiliar e taxa de vídeo urologia)	R\$ 1.267,36
3.11.02.36-0 3.11.02.07-7 3.11.02.08-5	Ureterorrenolitotripsia flexível – unilateral Colocação ureteroscópica de Duplo J – unilateral Dilatação endoscópica – unilateral (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares, taxa de vídeo urologia e taxa de vídeo ureterosopia)	R\$ 4.027,49
3.11.02.37-9 3.11.02.07-7	Ureterorrenolitotripsia rígida – unilateral Colocação ureteroscópica de Duplo J – unilateral (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares, taxa de vídeo urologia e taxa de vídeo ureterosopia)	R\$ 3.733,66

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

3.11.02.37-9 3.11.02.07-7 3.11.02.08-5	Ureterorrenolitotripsia rígida – unilateral Colocação ureteroscópica de duplo J – unilateral Dilatação endoscópica unilateral (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares, taxa de vídeo urologia e taxa de vídeo ureterosopia)	R\$ 4.027,50
3.11.02.37-9 3.11.03.47-2	Ureterorrenolitotripsia rígida – unilateral Retirada endoscópica de duplo J (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliar, taxa de vídeo urologia e taxa de vídeo ureterosopia)	R\$ 4.067,18
3.11.03.45-6	Tumor vesical – Ressecção endoscópica (incluso honorário médico do cirurgião, auxiliar e taxa de vídeo urologia)	R\$ 1.267,36
3.11.03.47-2	Retirada endoscópica de duplo J (incluso honorário médico do cirurgião e taxa de vídeo urologia)	R\$ 1.622,82
3.11.04.20-7	Uretroplastia posterior (incluso honorário médico do cirurgião, auxiliares, taxa de vídeo urologia e taxa de vídeo ureterosopia)	R\$ 3.569,40
3.11.04.20-7 3.11.04.15-0 3.11.03.17-0	Uretroplastia posterior Neouretra proximal (cistouretroplastia) Cistostomia cirúrgica (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares, taxa de vídeo urologia e taxa de vídeo ureterosopia)	R\$ 5.163,51
3.11.04.22-3	Uretrotomia interna (incluso honorário médico do cirurgião, auxiliar e taxa de vídeo urologia)	R\$ 1.108,57
3.11.03.21-9 3.11.04.22-3	Colo vesical – Ressecção endoscópica Uretrotomia interna (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliar e taxa de vídeo urologia)	R\$ 1.529,38
3.12.01.11-3 3.09.14.06-0	Prostatovesiculectomia radical Linfadenectomia pélvica (incluso honorário médico dos cirurgiões, auxiliares e taxa de vídeo laparoscópica)	R\$ 6.078,49
3.12.01.12-1	Prostatectomia a céu aberto (incluso honorário médico do cirurgião, auxiliares e taxa de vídeo laparoscópica)	R\$ 4.081,26

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

3.12.01.13-0	Ressecção endoscópica da próstata (incluso honorário médico do cirurgião, auxiliar e taxa de vídeo urologia)	R\$ 2.474,23
3.12.03.04-3	Hidrocele unilateral – correção cirúrgica (incluso honorário médico do cirurgião e auxiliar)	R\$ 988,95
3.12.03.12-4	Varicocele unilateral – correção cirúrgica (incluso honorário médico do cirurgião e auxiliar)	R\$ 988,95
3.12.05.07-0	Cirurgia esterilizadora masculina (incluso honorário médico do cirurgião e auxiliar)	R\$ 1.290,97
3.12.06.05-0 3.12.06.03-4	Eletrocoagulação de lesões Biópsia peniana (incluso honorário médico do cirurgião e auxiliar)	R\$ 921,17
3.12.06.21-2	Plástica de freio bálano prepucial (incluso honorário médico do cirurgião e auxiliar)	R\$ 921,17
3.12.06.22-0	Postectomia (incluso honorário médico do cirurgião e auxiliar)	R\$ 921,17
4.02.01.06-6	Cistoscopia e/ou ureteroscopia (incluso honorário médico do cirurgião e taxa de vídeo urologia)	R\$ 1.256,38
4.13.01.34-0	Urodinâmica (Incluso taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)	R\$ 852,76
4.13.01.35-8	Urofluxometria (incluso taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)	R\$ 189,47
3.11.01.24-0	Nefrolitotripsia por ondas de choque extracorpórea – 1ª sessão (ambulatorial) (incluso taxas, medicamentos e materiais)	R\$ 1.147,94

14.4.1. Quando a acomodação for apartamento os valores apresentados serão acrescidos de 100% (cem por cento).

15. PROCEDIMENTO SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO (PACOTE HOSPITALAR)		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
3.13.03.17-0 3.13.03.18-8	Histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias.	R\$ 1.900,00
Incluso: Day clinic (até 12h), materiais, medicamentos, alça de ressecção monopolar, kit tubo para histeroscopia, cuidados de enfermagem. Excluso: honorários médicos, honorário do anestesta e anatomo patológico		

16. PROCEDIMENTO GINECOLÓGICO

16.1. Os honorários médicos da especialidade de Ginecologia serão remunerados pela tabela CBHPM, 2014, plena, UCO de R\$ 16,15.

16.2. TAXAS DE VÍDEO GINECOLÓGICOS:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
-	Taxa de vídeo histeroscopia	R\$ 500,00
-	Taxa de vídeo laparoscopia (ginecológica)	R\$ 950,00

16.3. PACOTES DA GINECOLOGIA (HOSPITALAR)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PERÍODO	ENF.	APTO.
3.13.09.05-4	Cesariana	Até 3 diárias	R\$ 5.490,66	R\$ 6.039,72
3.13.09.12-7	Parto (via vaginal)	2 diárias	R\$ 4.941,59	R\$ 5.490,66

Incluso:
a)Diárias;
b)Materiais;
c) Medicamentos;
d)Taxas;
f) Equipamentos utilizados em centro cirúrgicos;
g) Exames laboratoriais simples (úrea, creatinina, TGO,TGP, T3,T4, TSH, plaquetas, magnésio, hemograma, PCR, sódio, potássio, glicose, radiográficos, ECG e ultrassonografia, nos casos de histerectomia está incluso a tesoura ultracision; e
h) Teste do coraçãozinho, da linguinha e da orelhinha nos partos normais e cesariana.

Exclusos:
a) Exames especiais;
b) Sangue/hemoderivados;
c) Tomografias;

- d) Honorários médicos para procedimentos e pareceres especiais;
e) Procedimentos que necessitem de reintervenção cirúrgica e acomodação em UTI;
f) Medicamentos (und/dose) e materiais de alto custo igual ou maior a R\$ 200,00; e
g) Sistema de vídeo.

17. PACOTE DE PLASMAFÉRESE		
CÓDIGO	COMPOSIÇÃO	VALOR
Sessão	Incluso: honorários médicos, taxa de equipamentos, medicamentos, materiais descartáveis e materiais especiais. Excluso: intercorrências, implante de cateter, plasma fresco, albumina humana 20%, gasoterapia e exames.	R\$ 3.249,39

18. HEMODIÁLISE

18.1. CURTA E LONGA PERMANÊNCIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
3.09.09.03-1	Hemodiálise crônica (por sessão) - nível ambulatorial – uso único de linhas capilares. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 421,43
-	Hemodiálise ambulatorial para paciente de soro positivo (HIV, Anti HCV e HBSAG), entre outras indicações. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento, inclusive material não reprocessável.	R\$ 996,18
3.09.13.12-8	Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para hemodepuração - Permicht. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 410,00
3.09.09.11-2	Retirada de cateter de curta permanência – Duplo ou triplo lúmem. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 211,27
3.09.09.13-9	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) - até 4 horas ou fração. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 943,47

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

3.09.09.14-7	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) até 12h. Incluso: equipamentos, honorários médicos, serviços de enfermagem e hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 1.436,17
3.09.13.01-2	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 681,40
3.09.13.10-1	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT, ou para hemodepuração. Inclusos: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 2.250,00
3.09.13.14-4	Confecção de fístula AV para hemodiálise. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 1.300,00
3.09.08.07-8	Confecção de fístula artério venosa direta Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento	R\$ 2.461,27
3.09.13.15-2	Retirada/desativação de fístula av para hemodiálise: Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento	R\$ 800,00

18.1.1. Os valores para os materiais abaixo serão remunerados exclusivamente para Clínicas de hemodiálise.

DESCRIÇÃO	VALOR
Cateter duplo lúmen	R\$ 273,34
Cateter triplo lúmen	R\$ 328,04

18.2. APD E CAPD

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
3.10.08.03-8	Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) por mês/paciente. Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento.	R\$ 4.212,00
3.10.08.11-9	Diálise peritoneal automática por mês (agudo ou crônico). Incluso: honorários médicos, serviços hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento	R\$ 4.860,00

18.3. TERAPIA CONTÍNUA (24H) – EQUIPAMENTO PRISMAFLEX OU MULTIFILTRATE

O início do tratamento estará condicionado ao Parecer da Junta Técnica do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e autorização da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM).

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
3.09.09.02-3	Incluso: a máquina, honorários médicos, serviços hospitalares, todos os insumos necessários a realização do procedimento, e acompanhamento do enfermeiro.	R\$ 4.920,67

18.4. HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
3.09.09.15-5	Incluso: a máquina, honorários médicos, serviços hospitalares, todos os insumos necessários a realização do procedimento, e acompanhamento do enfermeiro.	R\$ 731,56

19. PSIQUIATRIA

19.1. EM REGIME AMBULATORIAL

- a) Os usuários serão encaminhados para o primeiro atendimento por meio de solicitação médica do Hospital Naval de Natal. No ato do atendimento no CREDENCIADO o usuário deverá portar a solicitação médica, elaborada pelo médico do Hospital Naval de Natal, a GAU e o documento para identificação;
- b) O relatório médico quando solicitado ao CREDENCIADO deverá cumprir os princípios éticos e resoluções vigentes ao Conselho. Neste relatório deverá constar data de início de tratamento, frequência nas consultas, informações sobre quadro atual, evolução do tratamento, previsão de alta e dados do profissional assistente;
- c) A OSE CREDENCIADA caberá supervisionar seu especialista no intuito de manter a qualidade técnica e a execução das normas vigentes no Conselho Federal de Medicina (CFM);
- d) As consultas devem ter a duração mínima de trinta (30) minutos; e
- e) O beneficiário tem direito a consulta - uma a cada quinze dias e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a uma sessão por semana por beneficiário, podendo ser autorizada até duas sessões semanais mediante solicitação médica acompanhada de laudo com justificativa, que será analisada e autorizada pelo médico psiquiatra do Hospital Naval de Natal. Para solicitação de internação em caráter de urgência/emergência o CREDENCIADO deverá encaminhar relatório médico consubstanciado que justifique a necessidade de internação, que será analisada e autorizada pelo médico do Hospital Naval de Natal.

19.2. EM REGIME HOSPITALAR

Atendimento ao paciente em crise (pronto atendimento e internação).

- a) O médico psiquiatra de plantão no CREDENCIADO fará a avaliação do paciente regulado pelo

profissional médico do Hospital Naval de Natal, acompanhado de relatório médico, da Guia de Apresentação do Usuário (GAU) e do documento de identificação. O Hospital Naval de Natal se responsabilizará pela transferência do paciente;

b) Caso o paciente em atendimento médico hospitalar de urgência/emergência necessite de internação o CREDENCIADO deverá encaminhar relatório médico consubstanciado contendo diagnóstico e período de internação, que será autorizado pelo médico do Hospital Naval de Natal; e

c) As internações deverão ser prorrogadas a cada 15 dias, mediante justificativa médica, que será avaliada pelo médico psiquiatra do Hospital Naval de Natal.

19.2.1. Pronto Atendimento - Corresponde ao período de ocupação do paciente no leito da Emergência durante todo o tempo de permanência.

19.2.1.1. Independente de regime, só serão permitidas visitas médicas uma vez por semana, caso seja necessário uma quantidade maior de visitas deverá constar justificativa médica apenas a fatura.

19.2.1.2. A diária de internamento compreende o período da acomodação do paciente no leito por um período indivisível de até 24 horas. Para efeito de cobrança fica estabelecido que o intervalo compreende de 10h do dia corrente às 10h do dia subsequente, com tolerância de 2 horas para alta. Não deverá ser cobrada diária no dia da alta, exceto nos casos de transferência, home-care ou óbito.

19.2.2. REGIME DE ATENDIMENTO – INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO, ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO E VISITA HOSPITALAR

SERVIÇO	VALOR
Diária global apartamento (*)	R\$ 553,65
Diária global enfermaria (*)	R\$ 516,63
Day clinic - apartamento	R\$ 276,83
Day clinic - enfermaria	R\$ 258,32
Consulta de urgência Incluso: materiais, medicação e taxa de observação e aplicação de medicamentos	R\$ 230,41
Consulta eletiva em psiquiatria	R\$ 180,00
Consulta eletiva em psicologia	R\$ 90,73
Diária do acompanhante (para paciente que necessite da presença de acompanhante exigidos por Lei ou por prescrição médica, mediante autorização prévia). Incluso: despesas de hotelaria, café da manhã, almoço e jantar.	R\$ 82,14

(*) - Valores incluem todos os custos referentes a hotelaria, honorário médico assistente, honorário

da equipe multidisciplinar (terapeuta ocupacional, educador físico, psicologia, enfermeiro, nutricionista, assistente social, pedagoga e musicoterapia), alimentação, medicamentos até o valor de R\$ 250,00 e materiais básicos para intercorrências clínicas que não ultrapassem o valor de R\$ 10,00.

19.3. HOSPITAL DIA

SERVIÇO	DIAS ÚTEIS*	VALOR
Diária global para psiquiatria - hospital dia	1	R\$ 250,00
* O valor mensal a ser cobrado dependerá da quantidade de dias úteis (segunda a sexta, salvo feriados), utilizados em cada mês.		

19.3.1. Está incluso no pacote:

a) HOTELARIA:

Permanência do paciente em horário diurno (das 08:00 às 17:00 horas), de segunda a sexta-feira, salvo feriados.

b) PROFISSIONAIS:

Sessões diárias de terapia em grupo, com equipe de apoio (cuidadores, farmacêutico e enfermagem) mais equipe multidisciplinar (podendo ser composta por psicólogos, terapeuta ocupacional, educador físico, fisioterapeuta, musicoterapeuta, arteterapeuta e demais profissionais necessários de acordo com a avaliação da equipe médica do Hospital Potiguar de Saúde Mental), mais consulta semanal e individual com psiquiatra e sessão semanal e individual com psicólogo.

c) ALIMENTAÇÃO:

Lanche matutino, almoço e lanche vespertino. Todas essas refeições são do tipo dieta livre, sólida e sem restrição alimentar.

d) MEDICAMENTOS:

I. Estão incluídos medicamentos psiquiátricos até o valor mensal total de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), os quais serão ministrados pela equipe de apoio.

II. No caso de medicamentos de alto custo tais como Spravato, Invega Sustenna, Invega Trinza e Escetamina EV, apenas serão administrados após aprovação prévia do HNNA.

e) MATERIAIS PARA APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

Está incluso até o valor mensal de 50,00 (cinquenta reais).

OBS: Em caso de necessidade de utilização de materiais de enfermagem cujo somatório ultrapasse esse valor, será pago o valor do item 2, do Apêndice do Anexo C, do Edital.

20. DEPENDÊNCIA QUÍMICA

20.1. Os usuários serão encaminhados por meio de solicitação médica do Hospital Naval de Natal. No ato do atendimento no CREDENCIADO o usuário deverá portar a solicitação médica, elaborada pelo médico do Hospital Naval de Natal, a GAU e o documento para identificação.

20.2. O relatório médico quando solicitado ao CREDENCIADO deverá cumprir os princípios éticos e resoluções vigentes ao Conselho. Neste relatório deverá constar data de início de tratamento, frequência nas consultas, informações sobre quadro atual, evolução do tratamento, previsão de alta e dados do profissional assistente.

20.3. Caberá a administração do CREDENCIADO supervisionar seus especialistas no intuito de manter a qualidade técnica e a execução das normas vigentes no Conselho Federal de Medicina (CFM).

20.4. Diária

SERVIÇO	VALOR
Incluso: a) Medicamentos até o valor de R\$ 300,00; e b) Acompanhamento médico, psiquiátrico e psicossocial (atendimento psicológico, terapia ocupacional e outros).	R\$ 157,00

21. NUTRIÇÃO PARENTERAL

21.1. O Hospital Naval de Natal dará prioridade a aquisição de nutrição parenteral por meio de Sistema de Registro de Preço (Pregão), porém, tendo em vista a possibilidade de insucessos nesta modalidade de aquisição, como por exemplo: itens desertos, inadimplência de fornecedor e/ou fórmulas específicas, ante a gravidade patológica com indicação imediata deste tipo de dieta, o HNNa opta por manter aberta a possibilidade de fornecimento, também, por meio de prestador de serviço credenciado, apenas em caráter excepcional, com a finalidade de evitar danos à saúde dos beneficiários do Sistema de Saúde da Marinha.

21.2. Não havendo a nutrição parenteral no Apêndice ao Anexo C, se faz necessário apresentação de no mínimo 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser emitidos pelo fornecedor do produto devendo conter as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, respeitando o valor praticado no mercado local e regional, sendo verificado pelo Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa, devendo haver também a apresentação da Nota Fiscal. Não haverá a incidência de margem de comercialização. É necessário a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA, apenas à produção/fatura individual, apresentada ao Serviço de Auditoria em Saúde do HNNa.

22. ONCOLOGIA

22.1. Para realização dos tratamentos quimioterápicos, o CREDENCIADO deverá, em cada ciclo, fornecer ao usuário, o Anexo G do Edital de Credenciamento, devidamente preenchido, acompanhado de orçamento prévio do tratamento. Além disso, o CREDENCIADO deverá apresentar ao usuário relatório médico atualizado nas solicitações do primeiro ciclo do tratamento, na inclusão de novos protocolos ou medicamentos, ou sempre que solicitado por este Hospital.

22.2. RADIOTERAPIA

22.2.1. Os valores abaixo estão de acordo com a tabela CBHPM 2012, plena, UCO de R\$ 15,15 e o valor do filme deverá ser cobrado de acordo os valores recomendados pelo CBR na data da sua utilização.

CÓDIGO	PACOTES DE RADIOTERAPIA	VALOR
4.12.03.01-1	Betaterapia (placa de estrôncio) - por campo	R\$ 40,86
4.12.03.02-0	Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação, colimação individual, estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 14.399,35
4.12.03.03-8	Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento. OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação, colimação individual, estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 16.950,98
4.12.03.04-6	Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou de mais de quatro isocentros - por tratamento. OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação, colimação individual, estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 19.685,49
4.12.03.05-4	Radioterapia com modulação da intensidade do feixe (IMRT) – por tratamento. OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação, colimação individual, estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 25.883,05
4.12.03.06-2	Radioterapia conformada tridimensional (RCT-3D) com acelerador Linear – por tratamento. OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação, colimação individual, estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$19.685,49

Continuação do Anexo B, do Edital de Credenciamento nº 01/2025, do HNNa

4.12.03.07-0	Radioterapia convencional de megavoltagem com acelerador linear com fótons e elétrons - por campo	R\$ 95,47
4.12.03.08-9	Radioterapia convencional de megavoltagem com acelerador linear só com fótons - por campo	R\$ 91,23
4.12.03.11-9	Radioterapia de meio corpo (HBI) - por dia de tratamento	R\$ 459,47
4.12.03.13-5	Radioterapia estereotática – 1º dia de tratamento	R\$ 11.136,41
4.12.03.14-3	Radioterapia estereotática – por dia subsequente	R\$ 574,03
4.12.03.15-1	Radioterapia externa de ortovoltagem (Roentgenterapia)- por campo	R\$ 40,86
4.12.04.01-8	Colimação individual – 1por incidência planejada	R\$ 317,06
4.12.04.02-6	Filme de verificação (cheque-filme) - 1 por incidência planejada/semana – filme a parte	R\$ 40,86
4.12.04.03-4	Planejamento de tratamento computadorizado - 1 por volume tratado	R\$ 480,53
4.12.04.04-2	Planejamento de tratamento computadorizado tridimensional – 1 por volume tratado	R\$ 1.780,51
4.12.04.05-0	Planejamento de tratamento simples (não computadorizado) – 1 por volume tratado	R\$ 305,59
4.12.04.06-3	Simulação de tratamento complexa (com tomografia e com contraste) – 1 por volume tratado	R\$ 417,81
4.12.04.07-7	Simulação de tratamento intermediária (com tomografia) – 1 por volume tratado	R\$ 327,40
4.12.04.08-5	Simulação de tratamento simples (sem tomografia computadorizada) – 1 por volume tratado	R\$ 244,97
4.12.04.09-3	Sistemas de imobilização - cabeça (máscaras) ou membros – 1 por tratamento	R\$ 232,24
4.12.04.10-7	Sistemas de imobilização – tórax, abdome ou pélvis – 1 por tratamento	R\$ 690,28
4.12.05.01-4	Braquiterapia endoluminal de alta taxa de dose (BATD) – por inserção	R\$ 3.049,02
4.12.05.03-0	Braquiterapia intersticial de alta taxa de dose (BATD) – por inserção	R\$ 3.049,02
4.12.05.07-3	Braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose (BATD) por inserção	R\$ 3.049,02
4.12.06.01-0	Filme de verificação (cheque filme) de braquiterapia – 2 por inserção – filme à parte	R\$ 40,86
4.12.06.03-7	Colocação ou retirada dos catéteres – 1 colocação e 1 retirada por inserção	R\$ 690,28
4.12.06.04-5	Planejamento computadorizado de braquiterapia – 1 por inserção	R\$ 480,53

4.12.06.05-3	Planejamento computadorizado tridimensional de braquiterapia – 1 por inserção	R\$ 1.780,51
4.12.06.07-0	Simulação de braquiterapia – 1 por inserção	R\$ 417,81

22.3. QUIMIOTERAPIA

DESCRIÇÃO	VALOR
Manutenção/heparização do cateter totalmente implantável. Incluso: materiais, medicamentos, taxas de sala e serviço de manutenção.	R\$ 350,00
QUIMIOTERAPIA: Aplicação de quimioterapia até 6 horas. Acomodação do paciente (leito/poltrona), espaço físico e higiene ambiental, insumos (álcool, álcool iodado, algodão hidrófilo, água oxigenada, éter, povidine, esparadrapo, fita micropore, fixadores de acesso periférico, gazes simples, agulhas e seringas), suporte para soro, bomba de infusão, oxímetro de pulso, desfibrilador/cardioversor, assistência de enfermagem e carro de emergência.	R\$ 142,38

23. PACOTES CIRÚRGICOS

23.1. ABDÔMEN

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	ENF	APTO
3.10.05.10-1 3.10.05.47-0 3.10.05.12-8 3.10.05.49-7	Colecistectomia com colangiografia	R\$ 4.392,53	R\$ 4.392,53
	Colecistectomia sem colangiografia	R\$ 4.392,53	R\$ 4.392,53
	Colecistectomia com colangiografia por videolaparoscopia	R\$ 4.392,53	R\$ 4.392,53
	Colecistectomia sem colangiografia por videolaparoscopia	R\$ 4.392,53	R\$ 4.392,53
3.10.09.33-6	Herniorrafia inguinal – unilateral Incluso: material médico-hospitalar, medicamentos e taxas (inclusive de vídeo)	R\$ 4.730,55	R\$ 5.440,13
3.11.02.36-0	Ureterorrenolitotripsia flexível c/ ou sem colocação de duplo J	R\$ 10.327,59	R\$ 10.615,06
3.11.02.37-9	Ureterorrenolitotripsia rígida c/ ou sem colocação de duplo J	R\$ 7.133,49	R\$ 7.420,96
Incluso: a) 01 Diária de Apto/Enf; b) Taxa de sala; c) Taxa de equipamento; d) Gases medicinais;			

- e) Materiais descartáveis;
f) Medicamentos; e
g) OPME.

Excluso:

- a) Diária excedente;
b) Diária de UTI;
c) Tesoura ultracision;
d) Honorários médicos e anestesiológicos;
e) Taxa de vídeo (para procedimentos da urologia); e
f) Reoperação.

24. PROCEDIMENTOS DA NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA – (Honorários Médicos)

24.1. Os procedimentos não listados abaixo serão remunerados pela tabela CBHPM 2018, UCO de R\$ 20,47.

CÓDIGO	ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 04 VASOS	VALOR (APTO/ENF) R\$ 3.500,00
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (x 3)	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 4)	
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	
4.08.12.02-0	Angiografia por punção	
CÓDIGO	ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 06 VASOS	VALOR (APTO/ENF) R\$ 4.500,00
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (x 4)	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 4)	
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
CÓDIGO	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL	VALOR (APTO/ENF) R\$ 12.000,00
4.08.13.54-1	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular – por vaso	
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (x 3)	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 3)	

4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	
4.08.12.06-5	Angiografia transoperatório de posicionamento	
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
CÓDIGO	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)	VALOR (APTO/ENF) R\$ 12.000,00
4.08.13.56-8	Embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular por vaso	
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (x 3)	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 3)	
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatório de posicionamento	
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
CÓDIGO	EMBOLOGIZAÇÃO DE TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO	VALOR (APTO/ENF) R\$ 8.000,00
4.08.13.78-9	Embolização de tumor de cabeça e pescoço	
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (x3)	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 3)	
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
4.08.12.06-5	Angiografia transoperatório de posicionamento	
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	
CÓDIGO	ESTENOSE DE CARÓTIDA CERVICAL	VALOR (APTO/ENF) R\$ 8.000,00
4.08.13.07-0	Angioplastia de tronco supra aórtico	
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (x 3)	
4.08.13.20-7	Colocação de stent em tronco supra-aortico	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 3)	
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	

4.08.12.06-5	Angiografia trans operatório de posicionamento	
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
CÓDIGO	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL NÃO - ROTO + ESTENOSE VASCULAR INTRACRAIANA	VALOR (ENF/APTO) R\$ 12.000,00
4.08.13.54-1	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular – por vaso	
4.08.13.19-3	Colocação de stent em ramo intracraniano – por vaso	
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (x 3)	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 3)	
4.08.12.06-5	Angiografia trans operatório de posicionamento	
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
CÓDIGO	TROMBECTOMIA MECÂNICA	VALOR (ENF/APTO) R\$ 15.000,00
4.08.13.19-3	Colocação de stent em ramo intracraniano – por vaso	
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	
3.09.10.08-0	Embolectomia ou tromboletomia arterial	
4.08.14.04-1	Trombólise medicamentosa em troncos supra aórtico e intracranianos	
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (x 3)	
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso (x 3)	
4.08.12.06-5	Angiografia trans operatório de posicionamento	
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	

24.2. PROCEDIMENTOS ISOLADOS

COD. CBHPM	DESCRIÇÃO	UN	VALOR
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	01	R\$ 609,95
3.09.10.02-1	Aneurisma rotos ou trombosados – outros	01	R\$ 1.972,66
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	01	R\$ 565,61
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	01	R\$ 471,79
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	01	R\$ 310,38
4.08.12.07-3	Angiografia pós operatório de controle	01	R\$ 143,81
4.08.12.06-5	Angiografia transoperatório de posicionamento	01	R\$ 143,81
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	01	R\$ 1.972,66
4.08.13.07-0	Angioplastia de tronco supra aórtico	01	R\$ 1.620,15
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	01	R\$ 517,41
4.08.13.19-3	Colocação de stent em ramo intracraniano – por vaso	01	R\$ 1.972,66
4.08.13.20-7	Colocação de stent em tronco supra-aortico	01	R\$ 1.620,15
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia – por unidade topográfica (UT)	01	R\$ 143,81
3.09.10.08-0	Embolectomia ou tromboletomia arterial	01	R\$ 1.525,45
4.08.13.54-1	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular – por vaso	01	R\$ 2.122,89
4.08.13.57-6	Embolização de fístula AV em cabeça, pescoço ou coluna – por vaso	01	R\$ 1.620,15
4.08.13.56-8	Embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular por vaso	01	R\$ 1.730,34
4.08.13.78-9	Embolização de tumor de cabeça e pescoço	01	R\$ 1.242,67
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	01	R\$ 104,64
3.09.12.21-0	Retirada percutânea de corpos estranhos vasculares	01	R\$ 1.043,81
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral	01	R\$ 923,29
4.08.14.04-1	Trombólise medicamentosa em troncos supra aórtico e intracranianos	01	R\$ 1.620,15

25. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES

25.1. Informações detalhadas estão contidas no Anexo C.

26. ANATOMIA PATOLÓGICA, CITOPATOLOGIA E EXAMES LABORATORIAIS

26.1. Informações detalhadas estão contidas no Anexo D.

27. SERVIÇO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – SIAD

27.1. Informações contidas no Anexo E.

28. HIPERBÁRICA

28.1. Consulta: R\$ 95,00; e

28.2. Sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica: R\$ 400,00*.

(*) Incluso honorário de toda a equipe médica, custo com oxigênio e demais custos operacionais envolvidos. Precede envio da programação terapêutica discriminando quantas sessões serão necessárias para o tratamento até a posterior reavaliação.

29. TRATAMENTOS NÃO COBERTOS POR ACORDOS ADMINISTRATIVOS

29.1. Acordo subitem 2.3.6, Capítulo 2, da DGPM-404 (4ª Rev. 2023), não serão cobertos pelos acordos administrativos:

- a)** Modalidades de tratamento não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO);
- b)** Procedimentos de natureza estética, inclusive cirurgias plásticas e tratamento clínico ou cirúrgico não ético;
- c)** Despesas não relacionadas com tratamento previamente autorizado;
- d)** Exames, medicamentos e outros procedimentos que visem à pesquisa científica ou tratamentos não reconhecidos legalmente em território nacional;
- e)** Exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação pelo SSM;
- f)** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

- g)** Qualquer tipo de exames propedêuticos, medicação, procedimentos e cirurgias relacionadas à infertilidade;
- h)** Tratamentos de reprodução assistida;
- i)** acomodações que não estejam em conformidade com o ciclo hierárquico (acomodações acima do padrão previsto);
- j)** serviços de cuidador para pacientes; e
- k)** remoção/transporte que não seja caracterizada como urgência ou emergência.

Natal, 20 de outubro de 2025.

ANA PAULA DA SILVA ROSNER
Capitão de Fragata (RM1-T)
Assessora do Serviço de Credenciamento