ANEXO L - LISTAS REFERENCIAIS E TABELA DE GLOSA DO FUSMA

MINISTÉRIO DA DEFESA

MARINHA DO BRASIL

COMANDO DO 7º DISTRITO NAVAL

CAPITANIA FLUVIAL DO ARAGUAIA TOCANTINS

CAPÍTULO I – LISTA REFERENCIAL DE DIÁRIAS, TAXAS, MATERIAIS, DIETAS E INSTRUÇÕES GERAIS.

DIARIAS E TAXAS (POR HORA)	R$
BOX HORA (POR HORA)	9,05
DIÁRIA ALOJAMENTO CONJUNTO/BERÇARIO	97,60
DIÁRIA BERÇARIO PATOLOGICO/PREMATURO	204,23
DIÁRIA DE BERÇARIO NORMAL	99,61
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	77,37
DIARIA DE ACOMPANHANTE COM FEREIÇÃO COMPLETA	175,23
DIÁRIA EM APARTAMENTO DE PSIQUIATRIA	489,50
DIÁRIA EM APARTAMENTO (DAY CLINIC) ATÉ 12H	213,52
DIARIA DE APARTAMENTO	411,84
DIÁRIA DE ENFERMARIA	232,14
DIÁRIA DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA	163,79
DIÁRIA DE ENFERMARIA PSIQUIATRIA	320,62
DIÁRIA DE HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA	271,66
DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE APARTAMENTO SIMPLES	290,15
DIÁRIA DE ISOLAMENTO ENFERMARIA	290,15
DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI ADULTO GERAL	1100,00
DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICO	1100,00
DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI NEONATAL	1100,00
DIÁRIA DE UNIDADE CORONARIANA	1196,00
DIÁRIA DE UTI	1100,00
DIÁRIA DE UTI ADULTO QUEIMADOS	820,31
DIÁRIA DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA	954,88
DIÁRIA DE UTI NEONATAL	991,82
HORAS EXCEDENTES OBSERVAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO	25,64
HORAS EXCEDENTES EM SUÍTE	83,85

HORAS EXCEDENTES EM UTI	116,57
HORAS EXCEDENTES EM ALOJAMENTO CONJUNTO	10,32
HORAS EXCEDENTES EM APARTAMENTO ESPECIAL	61,20
HORAS EXCEDENTES EM APARTAMENTO TIPO A	40,00
HORAS EXCEDENTES EM APARTAMENTO TIPO B	36,65
HORAS EXCEDENTES ENFERMARIA	21,40
HORA EXCEDENTE EM BERÇO OU ALOJ. CONJ.	11,18
HORA EXCEDENTE EM UTI	110,18
HORAS EXCEDENTE EM SALA DE OBS. P. SOCORRO	9,29
HORA BERÇARIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO	9,92
SALA DE OBSERVAÇÃO OS ATÉ AS 6H	80,68
TAXA COMPACTA DE REPOUSO-PRONTO SOCORRO	31,36
TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 12H	130,00
TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA/	59,40
TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA/	46,46
TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA/	46,46
TAXA DE SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PA/	46,46
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	84,00
TROCA DE ALOJAMENTO POR SOLICITAÇÃO DO PACIENTE (SESSÃO)	42,00
TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA CENTRO CIRÚRGICO	
OBSERVAÇÃO EM HEMODINÂMICA	148,50
TAXA SALA RECUPERAÇÃO POS ANEST. CC. BLOQUEIOS DE PLEXOS	59,15
TAXA SALA RECUPERAÇÃO POS ANEST. CC. PERIDURAL OU RAQUIDIANA	71,11
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. C.C GERAL	102,21
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P1	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P2	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P3	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P4	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P5	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P6	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P7	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANEST. P8	63,90
TAXA DE SALA CIRURGICA (CENTRO CIRÚRGICO/OBSTETRICO)	
PEQUENO ATO MÉDICO FORA DO C.C	133,26
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	139,95
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 1	294,94
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 2	435,30
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 3	583,26
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 4	728,47
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 5	879,06
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 6	1016,34
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 7	1189,13
TAXA SALA CIRURGICA, PORTE ANESTÉSICO 8	1246,00
TAXA SALA DE PARTO NORMAL	133,26
TAXA SALA PARTO CESARIANA	133,26

TAXA SALA CURETAGEM UTERIANA	133,26
TAXA DE SALA DE RN	99,00
SALA DE REANIMAÇÃO (INCLUI: MONITOR MULTIPARAMÉTRICO, RESPIRADOR, CARDIOVERSOR E DEA E HONORÁRIOS DE ENFERMAGEM)	871,20
SALA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO	18,00
TAXA DE SERVIÇOS ESPECIAIS	
PROCESSAMENTO DE LEITE HUMANO (DOSE)	18,00
ALUGUEL/TAXA DE ASPIRADOR A VÁCUO, POR USO	5,34
ASPIRADOR CIRURGICO (USO)	30,11
ASPIRADOR ULTRASSÔNICO (USO)	1778,40
INSTALAÇÃO DE CATETER PICC	31,24
TAXA UNID. CURATIVO PEQ. PEDIATRICO FECHADO FORA C.C	32,00
TAXA POR CURATIVO PEQUENO FORA C.C.	32,00
TAXA POR CURATIVO MÉDIO FORA C.C.	37,00
TAXA POR CURATIVO GRANDE FORA C.C.	44,00
KIT CURATIVO - TAMANHO ESPECIAL	53,71
TAXA COMPACTA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA	71,76
TAXA COMPACTA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA	50,00
TAXA DE SALA PARA GESSO	78,32
RETIRADA DE GESSO NO P.S (SESSÃO)	29,03
RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO PROVISÁRIA	8,90
RETIRADA DE PONTO NO P.S	12,05
SONDAGEM GASTRICA (COBRANÇA EXCLUSIVA PARA CASOS DE VIDEOLAPAROSCÓPICO	34,10
SONDAGEM RETAL (SESSÃO - COBRANÇA EXCLUSIVA PARA CASOS DE VIDEOLAPAROS-CÓPICO)	34,03
SONDAGEM VESICAL (SESSÃO - (COBRANÇA EXCLUSIVA PARA CASOS DE VIDEOLAPAROS-CÓPICO)	35,60
SONDAGEM GASTRICA/NASOENTERAL/SODAGEM RETAL (SESSÃO - COBRANÇA EXCLUSIVA PARA CASOS DE VIDEOLAPAROSCÓPICO)	28,40
QUADRO BALCANICO (EXAME)	14,91
QUADRO BALCANICO (DIA) (INCLUSO CC E UTI)	0,00
ESVAZIAMENTO MANUAL DE MEGACOLON (SESSÃO)	32,00
TAXA E OUTROS SERVIÇOS	
ALUGUEL/TAXA DE GARROTE PNEUMÀTICO	27,94
GERADOR DE FLUXO	14,67
TAXA DE DIALISE PERITONEAL(UNID)	120,86
TAXA DE NECROTÉRIO POR USO (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
TAXA DE PREPARO DO CORPO	34,85
REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE - CAFÉ DA MANHÃ OU CAFÉ DA TARDE (UNID)	15,11
REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE (ALMOÇO E JANTAR) DIA	25,72
SALA DE NECROPSIA/EMBASAMENTO	198,00
TAXA DE DESINFECÇÃO DE SALA CONTAMINADA	288,09
TAXA DE ESTERILIZAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS	5,34
TAXA DE EQUIPAMENTO E INSTRUMENTOS ESPECIAIS	

ALUGUEL/TAXA DE RAIO X CENTRO CIRURGICO/UTI (USO)	54,53
ALUGUEL/TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMA	593,43
ARTROSCÓPIO DIAGNÓSTICO POR USO	766,76
ALUGUEL TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	1188,00
TAXA DE BERÇO AQUECIDO, POR HORA (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ELETRICO MONOPOL	67,79
BISTURI ELETRICO BIPOLAR SEM USO DE PLACA E CANETA (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
BISTURI ARGÔNIO	108,00
BOMBA DE SUCÇÃO DE LEITE MATERNO (USO) (INCLUSO EM DIÁRIA DE UTI)	64,00
BOMBA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA, POR USO	180,00
BOMBA DE INFUSÃO, POR DIA	133,74
TAXA DE USO DIÁRIO DE BOMBA	43,54
BOMBA SERINGA (USO)	77,55
BOMBA PRA BOTAR PNEUMÁTICA (DIA)	36,00
MONOTORIZAÇÃO DE BIS (USO)	60,00
MONITORIZAÇÃO DE BIS (USO)	55,40
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO DE CAPINOGRAFO, POR USO	107,91
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO FETAL	174,24
NEBULIZADOR	16,56
NEUROESTIMULADOR (USO)	70,80
NEURONAVEGADOR (USO)	1920,00
ORTOTRIPSIA	438,00
CARRINHO ANESTESIA	132,00
MANTA TERMÍCA (AQUECEDOR) (USO)	72,00
ALUGUEL/TAXA DE COLCHÕES DE ÁGUA, POR DIA	58,10
TAXA DE COLCHÕES TERMÍCOS, POR ÁGUA	64,00
TAXA DE USO DE CRANIOTOMO	59,32
CRIOCAUTERIO BIPOLAR (USO) (INCLUSO NA DIÁRIA DE UTI)	60,36
ALUGUEL /TAXA DE DERMATOMO A GAS, POR USO (INCLUSO DIÁRIA CC)	0,00
CAMPIMETRO	60,00
DERMATOMO ELETRICO USO (INCLUSO DIÁRIA CC)	0,00
ALUGUEL/TAXA DE DESFIBRILADOR (INCLUSO DIÁRIA CC E UTI)	0,00
CARDIOTACÓGRAFO (HORA)	138,79
ECOCARDIOGRAFO (TAXA DO EXAME)	115,83
FACOEMULSIFICADOR	660,00
CICLOERGOMETRIA (TESTE ERGOMÉTRICO) USO	30,00
CISTOLOCÓPIO	90,00
ALUGUEL/TAXA DE ELETROCARDIOGRAFO, POR USO (INCLUSO DIÁRIA CC)	0,00
ELETROENCEFALOGRAFO (TAXA POR EXAME) (INCLUSO DIÁRIA CC)	0,00
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO C/VIDEO, POR USO CIRURGICO	194,00
ALUGUEL/TAXA APAR/EQUIP. ENDOSCOPIA DIGESTIV EXAME	299,08
TAXA USO DE APARELHO ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA (CIRURGIA)	88,11
ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO (EXAME)	88,11
TAXA DE USO DE APARELHO DE ENDOSCOPIA UR DIAGNOSTICO	396,00

ALUGUEL/TAXA DE RESSECTOR UROLOGICO, POR USO	329,69
TAXA DE USO VIDEO-CIRURGICO	397,34
ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA COLONOSCOPIA SEM VIDEO, POR USO	62,04
ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA RETOSIGMOIDOSCOPIA COM VIDEO, POR USO	90,85
NEFROSCÓPIO (USO)	697,98
RETOSIGMOIDOSCOPIO	60,94
ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA CISTOURETEROSCOPIA COM VIDEO, POR USO	514,32
TAXA DE ENDOSCÓPIO GINECOLOGICO (EXAME)	88,11
VIDEO ENDOSCOPIO UROLOGICO (CIRURGICO)	88,11
VIDEO ENDOSCOPIO UROLOGICO (EXAME/DIAGNOSTICO)	88,11
VITREÓFAGO	660,00
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE ENDOSCOPIA	112,37
TAXA DE APARELHO PARA FOTOTERAPIA, POR DIA	37,60
FOTOTERAPIA (HORA)	15,81
FOTOTERAPIA (USO)	8,06
GAMA CÂMARA (USO)	456,60
GAMA PROBE (USO)	294,00
TAXA DE HALO CRANEANO, POR USO	39,70
HALO CRANIANO	37,15
INCUBADORA (HORA)	58,62
ESPIRÔMETRO (USO)	22,16
IONIZADOR	7,92
LASER CIRÚRGICO	88,11
LASER ARGÔNICO (USO)	120,00
LIPOASPIRADOR	59,40
LUPA CIRURGICA (USO)	88,11
TAXA DE MARCAPASSO PROVISÓRIO/TEMPORARIO/RADIOFREQUENCIA (DIA)	88,11
MATERIAL VIDEO LONGA DURAÇÃO (PERMANENTE)	2100,00
ALUGUEL/TAXA DE MICROSCÓPIO CIRURGICO (USO)	88,11
MICROCERÁTOMO (USO)	240,00
MICROSCOPIO	88,11
MONITOR (HORA)	13,41
MONITOR DE PRESSÃO INTRACRANIANO	88,11
MONITOR SWAG GWAZ (HORA)	90,00
MONITOR MULTIPARÂMETRO (HORA)	72,00
MORCELADOR (HORA)	63,60
TAXA DE USO DE MONIT. CONTINUA, FORA UTI-P/HORA	4,45
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO DE PA NÃO INVASIVA, POR DIA, FORA DA UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	95,30
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO DE PA INVASIVA, POR USO/SESSÃO	123,68
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO DE PA INVASIVA, POR USO/SESSÃO, NO CENTRO CIRÚRGICO	122,43

TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO DE OXIME(HORA)	13,36
ÓXIMETRO DE PULSO (USO) CC E UTI (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
ALUGUEL/TAXA DE PERFURADOR ELETRICO DE CRÂNIO (USO)	97,89
ALUGUEL/TAXA ESTRIBO P/TRAÇÃO TRANSESQUELÉTRICO (DIA)	33,05
ESTRIBO DE TRAÇÃO TRANESQUELÉTICA (USO)	55,40
HISTEROSCÓPIO COM VIDEO, POR USO CIRÚRGICO	89,00
UTILIZAÇÃO DE BANDEJA PARA DISSECÇÃO DE VEIAS POR USO	57,69
UTILIZAÇÃO DE BANDEJA DE ASSEPSIA/ANTISEPSIA POR USO	48,58
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE HEMOTERAPIA	34,85
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE ANGIOGRAFIA	80,00
TRICOTOMIA NO C.C (SESSÃO)	12,00
TAXA DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	
TAXA DE REGISTROS DE INTERNAÇÃO (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
TAXA DE REGISTRO AMBULATORIAL POR ATENDIMENTO	39,45
TAXA DE SALA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGENCIA EM P.S OU P.A	113,85
TAXA DE HEMOTRANSFUSÃO POR UNIDADE TRANSFUNDIDA (INCLUI TRANSPORTE DE AMOSTRAS E MATERIAL UTILIZADO PARA COLETA DE PROVA CRUZADA E HEMOTRANSFUSÃO)	99,08
ADMINISTRAÇÃO OPERACIONAL (EVENTO)	9,00
CÓPIAS DE EMISSÃO DE DOCUMENTOS IMPRESSOS	0,36
REGISTRO E EXP. EM PRONTO SOCORRO (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
OXIGÊNIO, RESPIRADOR E AR (OBRIGATÓRIO MAPA DE O2)	
CAPACETE DE OXIGENIO, POR HORA	9,90
RESPIRADOR	23,36
RESPIRADOR A VOLUME. POR DIA	46,46
AR COMPRIMIDO, POR HORA	41,71
AR COMPRIMIDO UTI (HORA)	10,68
AR COMPRIMIDO SOB CATETER (HORA)	8,41
AR COMPRIMIDO (RESPIRADOR/VENTILADOR) (HORA)	87,52
CATETER PARA OXIGÊNIO, POR HORA	33,92
GÁS ARGÔNIO POR HORA	174,00
GÁS CARBÔNICO, POR HORA	65,66
GÁS CARBÔNICO, POR HORA	23,05
ALUGUEL/TAXA DE SERRA DE AR COMPRIMIDO	58,10
NITROGÊNIO POR HORA	42,80
ÓXIDO NÍTRICO (HORA)	42,80
OXIDO NITRICO (UTI NEONATAL) POR HORA	30,17
OXIGÊNIO NA UTI RESPIRADOR ADULTO POR HORA	67,23
OXIGÊNIO NA UTI RESPIRADOR NEO-NATAL POR HORA	49,21
OXIGÊNIO UTI RESPIRADOR PEDIÁTRICO POR HORA	15,54
OXIGÊNIO RESPIRADOR NO C.C POR HORA	30,00
OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, POR HORA	44,40
ALUG/TAXA APAR/EQUIP. HISTEROSCOPIA S/VID	150,95
SERRA ELETRICA (USO)	56,71
TREPANO ELÉTRICO (USO)	55,72

TRACIONADOR ESQUELÉTICA (DIA)	29,35
ALUGUEL/TAXA DE PERFURADOR ELÉTRICO, POR USO	182,46
TAXA DE EQUIPAMENTO BIS	49,50
ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIP. PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA POR USO	1901,79
TAXA DE USO VIDEO (LAPAROSCOPIAS;TORACOSCOPIAS)	455,13
LAPAROSCOPIO DIAGNOSTICO, POR USO	381,21
YAG LASER	120,00
ALUG/TAXA APAR/EQUIP. BRONCOSCOPIA FLEXIV	594,00
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE BRONCOSCO	102,24
ALUGUEL/TAXA DE FIBRA ÓTICA POR USO	25,60
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO CARDIACO	96,69
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO DE OXICA	21,91
TAXA DE MONITOR/MONITORIZAÇÃO DE PVC	29,04
TAXA DE SALA DE TRAQUOSTOMIA	54,42
TAXA DE ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL, POR USO	25,21
TAXA DE ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, POR USO/S	25,21
TAXA POR USO/SESSÃO DE PUNÇÃO ABDOMINAL	28,50
TAXA POR USO/SESSÃO DE PUNÇÃO GINENCOLÓGICA	28,50
TAXA POR USO/SESSÃO DE PUNÇÃO RAQUE/LIQ	28,50
TAXA DE SALA DE PUNÇÃO LOMBAR	54,42
TAXA POR USO/SESSÃO DE PUNÇÃO SUBCLAVIA	88,11
UTILIZAÇÃO BANDEJA P/RETIRADA DE PONTOS	19,73
BANDEJA ESTERELIZADA FORA C/C (USO) (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
BANDEJA DE INFILTR/PUNÇÃO ARTICULAR (USO) (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
BANDEJA DE INSTRUM. MONITORIZ. PRESSÃO INVASIVA (USO)	108,84
BANDEJA DISSECAÇÃO/PUNÇÃO LOMBAR (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
BANDEJA DE SONDAGEM VESICAL (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
BANDEJA PUNÇÃO SUB-CLAVIA/CATETER PICC (USO) (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
OXIGENIO NO CENTRO CIRURGICO, POR HORA	84,12
OXIGÊNIO NA UTI-ADULTO POR HORA	83,13
OXIGÊNIO NA UTI-NEONATAL HORA	83,13
OXIGÊNIO NA UTI-PEDIATRICA POR HORA	83,13
OXIGÊNIO SOB CATETER POR HORA	55,75
ASPIRADOR A VÁCUO/ AR COMPRIMIDO (SESSÃO) (INCLUSO NA DIÁRIA)	0,00
PROTÓXIDO DE AZOTO/OXIDO NITROSO (HORA)	42,8,
TAXA DE SALA/SESSÃO DE INALAÇÃO/NEBULIZA	20,40
NEBULIZAÇÃO/MASCARA COM OXIGÊNIO, POR HORA	20,62
TAXA DE NEBULIZAÇÃO-POR SESSÃO	19,29
NEBULIZAÇÃO POR HORA	0,77
TAXA DE NEBULIZAÇÃO CONTINUA-PAC INTERNADO	31,16
OXIGÊNIO SOB CATETER P/NEBULIZAÇÃO POR HORA	12,71
SALAS DE EXAMES E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS	
ENDOSCOPIA	151,30
GESSO	78,10
HEMODINÂMICA	151,30

QUIMIOTERAPIA	63,09
HEMODIÁLISE	125,33
RADIOTERAPIA	900,00
RADIOSCOPIA (100% DA 100% DA 1° IMAGEM E 20%DAS DEMAIS) EXPOSIÇÃO	60,00
TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	6,50
PORTE 0	202,37
PORTE 1	428,40
PORTE 2	489,16
PORTE 3	605,97
PORTE 4	750,68
PORTE 5	1340,38
PORTE 6	1340,38
PORTE 7	1774,06
OUTROS	
FILME RADIOLÁGICO DEFINIDO PELO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA (M^2)	21,70
AMBULÂNCIA TIPO A	100,00
AMBULÂNCIA TIPO B	300,00
AMBULÂNCIA TIPO C	450,00
AMBULÂNCIA TIPO D	700,00
KM RODADO	4,20
PORTE ANESTÉSICO 1 -3A	231,82
PORTE ANESTÉSICO 2 -3C	339,30
PORTE ANESTÉSICO 3 -4C	449,40
PORTE ANESTÉSICO 4 -6B	738,36
PORTE ANESTÉSICO 5 -7C	1142,14
PORTE ANESTÉSICO 6 -9B	1593,78
PORTE ANESTÉSICO 7 -10C	2267,58
PORTE ANESTÉSICO 8 -12A	2991,60

CAPÍTULO II - INSTRUÇÕES GERAIS

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

No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

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

No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

3. Diárias Especiais de Berçário de Alto Risco

No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

4. Taxas de Sala em Centro Cirúrgico / Obstétrico

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

a) Sala Cirúrgica - portes 0 a 7 da Lista Referencial de Honorários Médicos: local; mesa operatória; rouparia de sala, da enfermagem e médico; serviço enfermagem do procedimento; assepsia e anti-sepsia da equipe, paciente e ambiente; paramentação de toda a equipe, esterilização do material, monitor de multiparâmetros (ECG contínuo, PNI, monitor de pressão invasiva e oxímetro de pulso), carrinho de anestesia, exceto em caso de anestesia geral, raqui ou peridural, Iluminação (foco); controle dos sinais vitais, locomoção do paciente e aspirador de secreções;
b) Taxa de curativo, exceto curativo especial;
c) Taxa de vigilância epidemiológica;
d) Aspirador de secreções e berço aquecido;
e) EPI;
f) Canográfico;
g) Respirador de volume e pressão; e
h) Quando realizados simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrada apenas a taxa de sala de maior porte.

5. Taxas de sala de Recuperação pós-anestésica

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

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

6. Taxa de Hemodinâmica:

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

7. Taxas de Sala Fora do Centro Cirúrgico

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

No valor das taxas deverão estar incluídos:

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

8. Taxas de Sala de Gesso

Será paga somente em caso de instalação de gesso.

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

9. Taxa de Sala de Quimioterapia:

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

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

10. Notas complementares

1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
2. A medicação paga será a GENÉRICA de menor valor existente no mercado, de acordo com a prescrição médica. Caso houver justificativa médica a medicação poderá ser a ética, ficando a contratada responsável em apresentar tal justificativa, ficando a verificação *in loco* do serviço de auditoria, se necessário.
    a. Referencial para cobrança de medicamentos:
        1) Atrovent e Berotec: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro).
        2) Xylocaína líquida: será cobrada por ml.
        3) Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).
        4) Cepacol: será cobrado 10 ml (dez mililitros) /dia.
        5) Dersani: será cobrado 20 ml (vinte mililitros) /dia.
3. Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.
4. Placa de eletrocautério descartável será pago somente quando seu uso for indicado, sendo necessário descrição em folha de sala e embalagem anexada no prontuário.
5. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia, salvo quando for em criança ou adulto com restrição hídrica.

6. As trocas de materiais serão pagas conforme estabelecido nas Instruções Gerais desta Lista Referencial.
7. Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência, terão que ter autorização prévia do FUSMA.
8. Será paga o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
9. Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
10. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
11. Taxa de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.
12. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48hs para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
13. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
14. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de registro.
15. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
16. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
17. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
18. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
19. A visita do nutrólogo deverá ser pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta enteral e parenteral.
20. As fraldas descartáveis serão pagas até 06 (seis) unidades por dia, salvo em casos de paciente com quadro diarreico.
21. Os curativos especiais serão pagos conforme tabelas constantes no Capítulo V desta Lista Referencial, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.
22. A Aquisição de órteses, próteses e materiais especiais cirúrgicos (reutilizados), cujo valor for superior a R$ 600,00 (duzentos reais), será paga de acordo com os parâmetros constantes no Capítulo III desta Lista Referencial, mediante autorização prévia da CONTRATANTE, após apresentação, pela CONTRATADA, de três orçamentos (propostas) de empresas que possuam registro junto à ANVISA, anexando relatório onde conste o CID-10 e os demais parâmetros para autorização da compra do material solicitado. Será utilizada como referência para medicamentos a tabela BRASÍNDICE, considerando todas as alterações estabelecidas pela ANVISA.
23. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.
24. Quando realizado quando realizados simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrada apenas a taxa de sala de maior porte.
25. Não haverá taxa de registro para a realização de exames e para a realização de procedimentos em pacientes crônicos, tais como: curativos, troca de sonda, etc.
26. A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário.
27. Curativo de recém-nato (coto umbilical) não será coberto.
28. Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.
29. Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.
30. Materiais descartáveis não cobertos pelo FUSMA estão descritos no Capítulo II.

CAPÍTULO III - Materiais descartáveis não cobertos pelo FUSMA

1) Absorvente Higiênico
2) Aconchego
3) Água oxigenada
4) Algodão

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

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

CAPÍTULO VI - DETERMINAÇÕES SOBRE ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

1. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
2. AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL: Será pago 1/5 do valor.
3. AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
4. AGULHA DE VERESS: Será pago 1/3.
5. ALÇA DE POLIPECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
6. ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU: Será pago 1/5 do valor.
7. AORTIC PUNCH: Será pago valor integral.
8. APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR: Será pago para tricotomia em pré-operatório e no máximo 02 Unidades.
9. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: pagar 01 sonda, 01 par de luvas de plástico e 01 Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 ml por aspiração, até 06 por dia .
10. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
11. BALÃO HIDROSTÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
12. BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.
13. BALÃO PNEUMÁTICO: Será pago 1/3 do valor.

14. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
15. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
16. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.
17. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
18. BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.
19. BULL DOG: Não será pago.
20. CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF): Será pago 1/5 do valor.
21. CABO CONEXÃO – CONESÃO 603: Será pago 1/5 do valor.
22. CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.
23. CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH): Será pago 1/3 do valor.
24. CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.
25. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
26. CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
27. CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.
28. CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
29. CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
30. CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.
31. CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
32. CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.
33. CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.
34. CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
35. CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. A embalagem deverá ser anexada.
36. CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.
37. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.
38. CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.
39. CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.
40. CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.
41. CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.
42. CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
43. CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.
44. CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.
45. CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.
46. CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.
47. CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.
48. CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
49. CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.
50. CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.
51. CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.
52. CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.
53. CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.
54. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25/07, 01 ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
55. CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.
56. CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.
57. CATETER MULTIPOURPOSE: Será pago 1/4 do valor.
58. CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.
59. CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.
60. CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.

61. CATÉTER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.
62. SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.
63. CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
64. CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.
65. CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.
66. CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
67. CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.
68. CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
69. CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.
70. CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
71. CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.
72. CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
73. CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.
74. CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.
75. CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).
76. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
77. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
78. COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.
79. CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago 1/5 do valor.
80. CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.
81. CPAP NASAL: NÃO.
82. DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.
83. DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
84. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .
85. ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.
86. ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.
87. ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.
88. EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.
89. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
90. ESCLERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
91. ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.
92. EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
93. EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.
94. EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.
95. FAIXA SMARCH: Será paga 1/5.
96. FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
97. FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
98. FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.
99. FIO GUIA N° 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
100. FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA: Será pago 1/3 do valor.
101. FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.
102. FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarréia.
103. FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago pago valor integral se houver solicitação médica.
104. GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..
105. GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.
106. HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
107. Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
108. Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
109. Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado
110. INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago integral.
111. INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
112. INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
113. ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.

114. JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias.Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .
115. KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
116. KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.
117. KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respeCTIva embalagem em anexo.
118. KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
119. KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
120. KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.
121. KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
122. LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
123. LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.
124. LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.
125. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
126. MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.
127. MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.
128. MANTA CAREQUILT: NÃO.
129. MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.
130. MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40cm para acesso venoso de adulto 20cm para criança), ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
131. ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.
132. PAPILÓTOMA: Será pago 1/3 do valor.
133. PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
134. PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72h para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
135. PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
136. PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.
137. PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.
138. PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
139. PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.
140. PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
141. PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.
142. REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.
143. ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.
144. SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.
145. SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.
146. SERRA DE GIGLI: NÃO.
147. SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.
148. SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.
149. SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.
150. SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.
151. SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.
152. SONDA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.
153. SONDA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
154. SONDA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.
155. SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
156. SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.

157. STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
158. STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
159. SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.
160. TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.
161. TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.
162. TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
163. TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.
164. TROCATER: Será pago valor integral.
165. TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
166. TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.
167. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
168. VÁLVULA HEMOSTÁTICA 2 OU 3 VIAS (CONECTOR Y): Será pago 1/3 do valor.

OBSERVAÇÃO:

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

CAPÍTULO V - PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS CONTRASTADOS.

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

NEURORADIOLOGIA

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

Mielografia 2 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Iopamiron 370	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Onmipaque 350	20 ml
Mielografia	Omnipaque 350	5 ml

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

CARDIOLOGIA

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

APARELHO DIGESTIVO

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

APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

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

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

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

CAPÍTULO VI – CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS.

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

CURATIVOS ESPECIAIS:

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

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

CAPÍTULO VII - MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETAS

EQUIPAMENTO MATERIAL	VALOR (R$)
Medicamentos, Dietas (Enteral e Parenteral)	SIMPRO PF
Materiais Descartáveis (luvas, máscaras, gaze, seringas, agulhas)	BRASÍNDICE PF

Obs. 1: Nos casos de OPME que não constem na tabela BRASÍNDICE, deverão ser apresentados, pela CREDENCIADA, 03 (três) orçamentos de empresas que possuem registro na ANVISA, com aplicação de mais 15 %, a título de Taxa de Margem de Comercialização, destinada a cobrir os custos de estocagem e dos impostos que incidirão sobre o valor da Nota Fiscal e do custo financeiro.

Obs. 2: Materiais não constantes tanto no Catálogo BRASÍNDICE PF como na Tabela SIMPRO serão pagos de acordo com os valores de nota fiscal, sendo necessária a apresentação de 03 (três) orçamentos de empresas que possuem registro na ANVISA, e autorização prévia da CREDENCIANTE.

Obs. 3: Deverá ser dada preferência para medicamentos genéricos. Medicamentos de referência deverão apresentar lacres apensos à fatura para pagamento.

Obs. 4: PF (Preço de Fábrica).

CAPÍTULO VIII – TABELA DE GLOSA

1	ATENDIMENTO NÃO CARACTERIZADO URGÊNCIA	**45**	MEDICAÇÃO EM DESACORDO COM A PRESCRIÇÃO
2	ACOMODAÇÃO ACIMA DA AUTORIZADA	**46**	MEDICAÇÃO EM EXCESSO
3	ATENDIMENTO POR MÉDICO MILITAR	**47**	MEDICAÇÃO NÃO JUSTIFICADA PARA O CASO
4	COBRANÇA 30% EM DIA E HORA NORMAL	**48**	MEDICAÇÃO NÃO PRESCRITA
5	COBRANÇA 30% NÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	**49**	MEDICAÇÃO NÃO UTILIZADA
6	CONSULTA INCLUSA NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	**50**	MEDICAMENTO ACIMA DO PREÇO DE MERCADO
7	CURATIVO INCLUSO NO PROCED CIRÚRGICO	**51**	MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO SEM AUTORIZAÇÃO PRE-VIA
8	DATA DE ATENDIMENTO FORA DE SEQUÊNCIA	**52**	MEDICAMENTO SUSPENSO
9	DATA DE ATENDIMENTO FORA COMPETÊN-CIA	**53**	COBRANÇA INDEVIDA DE MEDICAMENTO DE MARCA
10	DIAGNÓSTICO ILEGÍVEL	**54**	PACIENTE NÃO É BENEFICIARIO FUSMA
11	DIÁRIAS EM EXCESSO	**55**	PRESCRIÇÃO MÉDICA COM RASURA/ILEGÍVEL
12	DIÁRIAS FORA DA TABELA ACORDADA	**56**	PRESTADOR DESCREDENCIADO
13	DOCUMENTO SEM ASSINATURA/CARIMBO MÉ-DICO	**57**	PROCEDIMENTO/EXAME EM EXCESSO
14	EPI DE RESPONSABILIDADE DO PRESTADOR	**58**	PROCED/EXAME INCOMPATÍVEL COM DIAGNÓSTICO
15	ESPECIALIDADE NÃO AUTORIZADA	**59**	PROCEDIMENTO/EXAME EM DUPLICIDA-DE

16	EVENTO INCLUSO EM PACOTE ACORDADO	**60**	PROCEDIMENTO/EXAME NÃO AUTORIZADO/ NÃO RATIFICADO
17	EVENTO NÃO COMPORTA COBRANÇA	**61**	PROCEDIMENTO/EXAME NÃO REALIZADO
18	EXAME NÃO PREVÊ COBRANÇA DE CONTRASTE	**62**	PRONTUÁRIO/FICHA/BOLETIM ILEGÍVEL
19	EXAMES SEM LAUDO	**63**	PRONTUÁRIO/FICHA/BOLETIM RASURADO
20	EXAMES/PROCEDIMENTOS NÃO REQUISITA-DOS	**64**	RETORNO DE CONSULTA
21	FALTA DISCRIMINAÇÃO SERVIÇOS EXECUTADOS	**65**	SADT/EXAMES FORA DA TABELA ACORDADA
22	FALTA REGISTRO EVOLUÇÃO MÉDICA/ENFERMAGEM	**66**	SEM AUTORIZAÇÃO P/PROCEDIMENTO OU EXAME
23	FILME-COBRANÇA EM DESACORDO COM CBR	**67**	SEM DIAGNÓSTICO
24	GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO (GAU) ILEGÍVEL	**68**	SEM GUIA/OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO
25	GAU SEM ASSINATURA PACIENTE	**69**	SOLICITAÇÃO MÉDICA COM DATA RASURADA
26	GAU AUTORIZADA PARA OUTRO PRESTADOR	**70**	SOLICITAÇÃO COM DATA POSTERIOR AO EXAME
27	GAU FORA DA VALIDADE	**71**	SOLICITAÇÃO MÉDICA COM DATA A POSTERIORI DO EVEN-TO
28	GAU NÃO AUTORIZADA	**72**	SOLICITAÇÃO MÉDICA SEM DATA
29	GAU AUTORIZADA PARA OUTRO BENEFICIÁRIO	**73**	SOMA ERRADA – CÁLCULO
30	GAU AUTORIZADA PARA OUTRO PROCEDIMENTO	**74**	TAXAS FORA DA TABELA ACORDADA
31	GAU SEM CARIMBO DE AUTORIZAÇÃO	**75**	TAXAS INDEVIDAS/EXCESSO
32	GAU CARBONADA OU FOTOCOPIADA	**76**	VISITA HOSPITALAR EM DUPLICIDADE
33	HONORÁRIOS MÉDICOS FORA TABELA OU EXCESSO	**77**	VISITAS INCLUSAS NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
34	MAT/MED ADQUIRIDO PELO USUÁRIO A SEU CRITÉRIO	**78**	VISITA ESPECIALISTA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
35	MATERIAL ACIMA DO PREÇO DE MERCADO	**79**	INTERNAÇÃO NÃO AUTORIZADA/INFORMADA
36	MATERIAL DE ALTO CUSTO/OPME SEM NOTA FISCAL	**80**	OUTROS
37	MATERIAL EM EXCESSO	**81**	DIETA EM DESACORDO COM A PRESCRIÇÃO
38	MATERIAL INCLUSO EM PACOTE	**82**	DIETA EM EXCESSO
39	MATERIAL INCLUSO NO PROCEDIMENTO	**83**	DIETA NÃO JUSTIFICADA PARA O CASO
40	MATERIAL/OPME NÃO AUTORIZADO/RATIFICADO	**84**	DIETA NÃO PRESCRITA
41	MATERIAL NÃO JUSTIFICADO PARA O CASO	**85**	DIETA NÃO UTILIZADA
42	MATERIAL NÃO UTILIZADO	**86**	DIETA ACIMA DO PREÇO DE MERCADO
43	MATERIAL REUTILIZÁVEL – PAGAMENTO PARCIAL		
44	MEDICAÇÃO NÃO CONSIDERADA DE URGÊNCIA		