



MARINHA DO BRASIL

HOSPITAL NAVAL DE RECIFE

ANEXO B

REFERENCIAL DE PREÇOS DE PROCEDIMENTOS DO HNRe

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 63066.003351/2024-11

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2025

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	2
2. CLASSIFICAÇÃO DE PORTE HOSPITALARES CONSIDERADOS PARA REMUNERAÇÃO	2
3. DIÁRIAS	3
4. TAXAS DE SALA.....	7
5. EQUIPAMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS	13
6. MATERIAIS DESCARTÁVEIS	16
7. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME).....	24
8. DIETA ENTERAL E PARENTERAL E SUPLEMENTOS ALIMENTARES	28
9. GASOTERAPIA	30
10. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E RADIOFÁRMACOS	31
11. PROCEDIMENTOS MÉDICOS E PARECERES	32
12. CONSULTAS MÉDICAS	41
13. FISIOTERAPIA	42
14. ACUPUNTURA	43
15. TERAPIA OCUPACIONAL	43
16. FONOAUDIOLOGIA	43
17. PSICOLOGIA	44
18. ATENDIMENTO TERAPÊUTICO ESPECIALIZADO PARA PcD.....	44
19. NUTRIÇÃO	44
20. ANÁLISES CLÍNICAS E CITOPATOLOGIA	45
21. ODONTOLOGIA	45
22. ATENDIMENTO DOMICILIAR	49
23. PACOTES DE SERVIÇOS	56

1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as tabelas, valores, conceituações e observações necessárias para remuneração dos serviços de saúde objeto do CREDENCIAMENTO de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais Autônomos junto ao Hospital Naval de Recife (HNRe).

2. CLASSIFICAÇÃO DE PORTE HOSPITALAR CONSIDERADOS PARA REMUNERAÇÃO

A classificação de porte hospitalar, adotada para diferenciação da remuneração dos serviços, foi construída com base no PNISS (Programa Nacional Avaliação de Serviços de Saúde) - 2015 do Ministério da Saúde.

PADRÃO I - GRANDE PORTE - ALTA COMPLEXIDADE

Considera-se hospital de grande porte aqueles que tiverem de 151 (cento e cinquenta e um) a 500 (quinhentos) leitos, com serviços avançados de assistência à saúde, com unidade de terapia intensiva, intervenção cirúrgica 24h (vinte e quatro horas), serviço de atendimento materno - infantil, hemodinâmica, quimioterapia, radioterapia, serviço renal, entre outros. Deverá dispor de serviço laboratorial e de imagem de alta resolução e complexidade.

PADRÃO II - MÉDIO PORTE - MÉDIA COMPLEXIDADE

Considera-se hospital de médio porte aqueles que tiverem de 51 (cinquenta e um) a 150 (cento e cinquenta) leitos, com serviços avançados de assistência à saúde, com unidade de terapia intensiva e intervenção cirúrgica 24 (vinte e quatro) horas, com ou sem serviço de atendimento materno - infantil. Deverá dispor de serviço laboratorial e de imagem de alta resolução.

PADRÃO III - PEQUENO PORTE - BAIXA COMPLEXIDADE

Considera-se hospital de pequeno porte aqueles que tiverem até 50 (cinquenta) leitos, com serviços básicos de assistência à saúde, com ou sem unidade de terapia intensiva, com ou sem serviço de atendimento materno - infantil, com ou sem serviço cirúrgico. Deverá dispor de serviço laboratorial e de imagem.

A presente classificação é utilizada para indicar o padrão do hospital credenciado, levando-se em consideração o parecer da visita técnica realizada pelo militar designado para tal fim, tendo por base o PNISS onde são verificadas as características que discriminam o respectivo porte da instituição. De acordo com a classificação obtida e indicada no contrato a OSE credenciada hospitalar fará jus às diárias e taxas correspondentes ao padrão constatado. Os serviços especializados ainda que sejam intitulados hospitais especializados em especialidades como Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, etc., terão seus portes definidos como Padrão III, uma vez que possuem características inerentes às contidas nesse padrão, principalmente quantidade de leitos.

Os Hospitais de Porte A constituem hospitais de referência para serviços de alta complexidade, que funcionarão por Sistema de Contrarreferência, gerenciado pelo HNRe. Para Hospitais classificados nesse Porte, competirá à Credenciante analisar a viabilidade, de acordo com a demanda, em inserir Serviço de Pronto-Atendimento (SPA)/ Atendimento em Emergências 24h nos Termos de Credenciamento, uma vez que este serviço será disponibilizado para Hospitais classificados nos Portes B e C.

Considerando a impossibilidade dos Hospitais de Porte B ou C atenderem a demanda assistencial do usuário, seja por não ofertar o serviço necessário, seja por indisponibilidade de vagas para internação, poderá ocorrer o encaminhamento para Hospitais de Porte A, fim garantir seu direito à assistência e salvaguarda da vida.

Em casos específicos, como atendimento emergencial para pacientes em pós-operatório de Transplante de Medula Óssea ou Radiocirurgias, poderá ser contratualizado o SPA/Emergência 24h em Hospitais de Porte A, com discriminação específica em Termo de Credenciamento.

3. DIÁRIAS

3.1. Itens inclusos na composição das diárias

Conforme o prescrito no Manual de Auditoria à Assistência a Saúde (DSM-6011), publicação normativa da Diretoria de Saúde da Marinha, para fins de composição das diárias, as mesmas possuem a seguinte descrição/composição de itens e serviços:

3.1.1. DIÁRIAS DE ENFERMARIAS, APARTAMENTOS, BERÇÁRIO NORMAL E HOSPITAL-DIA, incluindo:

- a) Leito próprio;
- b) Higienização e troca de roupas de cama;
- c) Indumentária do paciente, equipe e campos cirúrgicos/estéreis caso haja tal uso;
- d) Cuidados e materiais de uso na higiene do paciente e desinfecção ambiental;
- e) Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica e acompanhamento de nutricionista, excetuando as dietas especiais (enterais industrializadas, suplementos orais, parenterais e NPT);
- f) Diária do acompanhante, incluindo rouparia e café da manhã. Quando previsto ou autorizado a alimentação do acompanhante (almoço e jantar) poderá ser cobrada, respeitando-se os valores estabelecidos para o item refeição do acompanhante;
- g) Taxa de enfermagem, incluindo todos os procedimentos técnicos assistenciais e administrativos executados, e os honorários dos integrantes da equipe de enfermagem;
- h) Para berçário, incluso berço aquecido, incubadora e desmamadeira; e
- i) As diárias do tipo *Day Clinic* serão empregadas exclusivamente para internamento eletivo e terão duração máxima de doze (12) horas.

3.1.2. DIÁRIA DE UTI, UTI PEDIÁTRICA E UTI NEONATAL

3.1.2.1. Todos os itens que compõe o subitem 3.1.1, acrescidos dos seguintes equipamentos, procedimentos e serviços:

- a) aspirador a vácuo (incluído borrachas);
- b) bomba de infusão (pago somente os equipos para *dripping*);
- c) desfibrilador/cardioversor;
- d) gerador de marcapasso provisório/externo/transdérmico;
- e) monitor cardíaco, pressão arterial invasiva e não invasiva;
- f) oxímetro de pulso;
- g) nebulizador;
- h) incubadora e/ou berço aquecido;
- i) punção venosa central/profunda e periférica;
- j) reanimação;

k) intubação;

l) todos os procedimentos de enfermagem (administração de medicamentos por todas as vias, aspirações, inalações, controle de diurese, drenos, aspiração contínua, de balanço hídrico, controle de sinais vitais, cuidados de higiene pessoal do paciente, realização de curativos, Equipamento de Proteção Individual (EPI) conforme a legislação vigente, locomoção interna do paciente, mudança de decúbito, orientação nutricional no momento da alta, preparo do corpo em caso de óbito, preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos, preparo do paciente para procedimentos médicos (enteróclise, tricotomia, preparo cirúrgico, etc.), prescrição de enfermagem, sondagens, taxa administrativa, transporte de equipamentos (Raio X, ECG, etc.), troca de roupa de cama, banho/higiene do paciente e acompanhante quando cabível;

m) colchão pneumático; e

n) respirador de volume e pressão.

3.1.2.2. Não faz parte desta composição os honorários médicos de intensivista/diarista/plantonista que são cobrados a parte.

3.1.3. DIÁRIA DE SEMI-INTENSIVA

3.1.3.1. Todos os itens que compõe o subitem 3.1.1, acrescidos dos seguintes equipamentos, procedimentos e serviços:

a) aspirador a vácuo;

b) bomba de infusão (pago somente os equipos para dripping);

c) desfibrilador/cardioversor;

d) gerador de marcapasso provisório/externo/transdérmico;

e) monitor cardíaco, pressão arterial invasiva e não invasiva;

f) oxímetro de pulso;

g) nebulizador;

h) incubadora e/ou berço aquecido;

i) punção venosa central/profunda e periférica;

j) reanimação;

k) intubação;

l) todos os procedimentos de enfermagem (administração de medicamentos por todas as vias, aspirações, inalações, controle de diurese, drenos, aspiração contínua, de balanço hídrico, controle de sinais vitais, cuidados de higiene pessoal do paciente, realização de curativos, Equipamento de Proteção Individual (EPI) conforme a legislação vigente, locomoção interna do paciente, mudança de decúbito, orientação nutricional no momento da alta, preparo do corpo em caso de óbito, preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos, preparo do paciente para procedimentos médicos (enteróclise, tricotomia, preparo cirúrgico, etc.), prescrição de enfermagem, sondagens, taxa administrativa, transporte de equipamentos (Raio X, ECG, etc.), troca de roupa de cama, banho/higiene do paciente e acompanhante quando cabível;

m) colchão pneumático;

n) respirador de volume e pressão;

o) assistência integral de enfermagem 24 (vinte e quatro) horas; e

p) incluso atenção médica 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de intercorrência.

3.1.3.2. A Unidade Semi-Intensiva é uma unidade de transição entre a UTI e a Unidade de Internação (Apartamento e Enfermaria) sendo passível de utilização quando houver expressa

recomendação médica desta modalidade e pertinência mediante avaliação do médico auditor da credenciante, bem como concordância deste através de autorização da referida acomodação e quantitativo de diárias autorizadas.

3.1.4. DIÁRIA GLOBAL DE PSIQUIATRIA

3.1.4.1. Todos os itens que compõe o subitem 3.1.1, acrescidos de oficinas terapêuticas e de reabilitação.

3.1.4.2. Ressalta-se a inclusão na diária global para tratamento médico psiquiátrico a disponibilidade de apartamento/enfermaria com estrutura adequada, com ar-condicionado e banheiro; refeições diárias (café da manhã, almoço, jantar e dois lanches); atendimento nutricional; atendimento farmacêutico; visita médica hospitalar especializada no mínimo 2 (duas) vezes na semana; suporte clínico/psiquiátrico 24 horas; assistência de enfermeiros e técnicos 24 horas; assistência de psicólogos 24 horas; atendimento psicológico individual ou em grupo diariamente; grupos terapêuticos diários; atendimento aos familiares individualmente; materiais de uso hospitalar, descartáveis e itens de higiene; medicamentos clínicos e psiquiátricos; gasoterapia; serviço de lavanderia/hotelaria e remoção para o HNRe na ocorrência de urgência.

3.1.4.3. Estão excluídos do valor da diária: dieta enteral industrializada e parenteral e medicamentos clínicos especiais de alto custo.

3.2. Itens não incluídos na composição das diárias:

- a) gases medicinais;
- b) hemoterapia;
- c) honorários médicos (exceto quando especificado em pacotes);
- d) materiais;
- e) medicamentos;
- f) SADT;
- g) dietas enterais e parenterais;
- h) suporte dialítico;
- i) gastrostomia;
- j) dissecação venosa;
- k) traqueostomia; e
- l) taxas de equipamentos médicos hospitalares não previstos na diária.

3.3. Nos valores das Diárias e Taxas, estão incorporados, ou seja, incluso os Materiais descartáveis descritos abaixo:

- a) Avental Descartável Infantil;
- b) Avental Descartável Tnt Verde 30gr Ad6;
- c) Avental Descartável Sms Amarelo 20g;
- d) Avental Descartável Sms Amarelo 24g5. Avental Descartável P/Obeso;
- e) Kit Cirúrgico Lifesaver Plus;
- f) Kit Cirúrgico Lifesaver Plus 27;
- g) Kit Cirúrgico Lifesaver Artroscopico;
- h) Kit Cirúrgico Lifesaver Parto/Urologia /proctologia;
- i) Kit Cirúrgico Lifesaver Plus 49 hemod;
- j) Luva procedimento Látex T.G;
- k) Luva procedimento Látex T.M;

- l) Luva procedimento N/estéril T.M;
- m) Luva Procedimento Estéril T.G;
- n) Luva Procedimento Estéril T.M;
- o) Luva Procedimento Estéril Hipoalérgico T.M;
- p) Luva Nitrilo Procedimento S /pó Azul T.M;
- q) Luva Vinil Procedimento S/amido T. G; e
- r) Placa de Bisturi Elétrico E 7509.

3.4. Remuneração das Diárias

3.4.1. A precificação das diárias ocorrerá de acordo com a valoração da TABELA HNRe DE DIÁRIAS, que estabelece os tipos de diárias conforme as acomodações e o Padrão de Classificação da OSE Hospitalar.

TABELA HNRe DE DIÁRIAS			
DIÁRIAS	PADRÃO I	PADRÃO II	PADRÃO III
Diária de Apartamento Standard – paciente cirúrgico com acompanhante, Inclusive para cirurgias obstétricas/ parto normal.	R\$ 656,05	R\$ 506,50	R\$ 379,89
Diária Apartamento Standard – paciente clínico com acompanhante - Adulto ou pediátrico	R\$ 720,93	R\$ 506,50	R\$ 430,53
Apartamento Semi-privativo com Acompanhante. (Enfermaria)	R\$ 404,85	R\$ 306,14	R\$ 234,72
Apartamento <i>Day clinic</i> até 12 horas de permanência e sem pernoite.	R\$ 363,41	R\$ 209,55	R\$ 184,05
Apartamento Semi-privativo. (Enfermaria). <i>Day clinic</i> até 12 horas de permanência e sem pernoite.	R\$ 264,59	R\$ 139,67	R\$ 112,10
Diária de Berçário (Incluso berço aquecido, incubadora e desmamadeira)	R\$ 218,08	R\$ 135,69	R\$ 94,16
Diária UTI geral/ Cardiológica	R\$ 1.498,84	R\$ 946,85	R\$ 748,37
Diária UTI Neonatal	R\$ 1.612,35	R\$ 946,85	R\$ 804,90
Diária UTI Pediátrica	R\$ 1.612,35	R\$ 946,85	R\$ 804,90
Diária de Semi-intensiva	R\$ 888,03		
Diária Global para Psiquiatria*	R\$ 340,00		
<i>Day Clinic</i> para Psiquiatria (12 Horas)*	R\$ 205,00		

(*) Diária cuja modalidade é específica para OSE credenciada na especialidade de Psiquiatria, não sendo aplicado para precificação em Hospitais Gerais ou de especialidades distintas de Psiquiatria.

3.4.2. A Diária Hospitalar será contada do dia imediato da internação, excluído o dia da alta hospitalar, se a mesma for até as 12 horas.

3.4.3. Caso a instituição Hospitalar credenciada não disponha de acomodação de acordo com a que faz jus o usuário e o internar em acomodação superior, não caberá cobrança pelo valor da acomodação em que o usuário estiver, e sim pela acomodação cabível ao usuário indicada na GAU.

3.5. Remuneração da alimentação do acompanhante

3.5.1. A precificação da alimentação do acompanhante seguirá de acordo com a TABELA HNRe DE ALIMENTAÇÃO DO ACOMPANHANTE.

TABELA HNRe DE ALIMENTAÇÃO DO ACOMPANHANTE			
REFEIÇÃO	PADRÃO I	PADRÃO II	PADRÃO III
Almoço ou Jantar	R\$ 32,52	R\$ 27,00	R\$ 24,68

3.5.2. Não há previsão de cobrança para café da manhã, sendo permitido apenas a cobrança do almoço e jantar de acordo com o quantitativo de diárias de internação, além da obrigatoriedade da apresentação da comanda/comprovante do fornecimento da refeição assinado pelo acompanhante, para fins de comprovação da prestação do serviço no momento da auditoria da conta hospitalar. Não será possível fazer recursos de glosa decorrente de refeições de acompanhantes glosadas por não terem tido sua devida comprovação no momento da auditoria da respectiva conta/fatura.

4. TAXAS DE SALAS

4.1. Composição das Taxas de Salas

4.1.1. TAXA DE SALA CIRÚRGICA, incluindo taxa de Centro obstétrico:

- a) itens permanentes da sala cirúrgica (Estrutura Física) tal como Filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz;
- b) instrumental cirúrgico básico esterilizado; equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia); rouparia inerente ao centro cirúrgico/obstétrico descartável ou não (avental, máscara, gorro, propé, botas, escovas e campos cirúrgicos (exceto os campos cirúrgicos tipo loban, Stare Drape e Campo Adesivo);
- c) antissépticos para assepsia/antisepsia (equipe/paciente);
- d) limpeza e soluções para a desinfecção das salas de instrumentais;
- e) serviços de enfermagem;
- f) bisturi elétrico e bipolar;
- g) aspirador de parede;
- h) monitor cardíaco;
- i) monitor de PA não invasiva;
- j) oxímetro;
- k) capnógrafo;
- l) equipamento de anestesia;
- m) bomba de infusão;
- n) bomba de seringa;
- o) desfibrilador/cardioversor;
- p) respirador (incluso circuitos e filtro do respirador);
- q) berço aquecido;

- r) sala de recuperação anestésica;
- s) sala de Pré-Parto; e
- t) sala de reanimação de RN Inclui todos os atendimentos inerentes ao primeiro atendimento ao RN. Aspirador elétrico ou a vácuo (inclusas borrachas do aspirador).

Não caberá cobrança de materiais descartáveis considerados acessórios necessários ao funcionamento e utilização dos equipamentos, para itens que existem materiais permanentes. Ex: placa de bisturi, sensor de oxímetro, cabo sensor, etc.

4.1.2. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA/ANGIOGRAFIA:

- a) todos os itens compreendidos na Taxa de sala de centro cirúrgico;
- b) instalações da sala e equipamento de hemodinâmica, inclusive domo de pressão e intensificador de imagem e/ou demais equipamentos acessórios de imagem inerentes ao procedimento (exceto medicamentos, contrastes, demais materiais descartáveis e OPME).

Não caberá cobrança de materiais descartáveis considerados acessórios necessários ao funcionamento e utilização dos equipamentos, para itens que existem materiais permanentes. Ex: placa de bisturi, sensor de oxímetro, cabo sensor, etc.

4.1.3. PEQUENAS CIRURGIAS ELETIVAS SEM ANESTESIA/COM ANESTESIA LOCAL FORA DO CENTRO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ENDOSCÓPICOS

- a) Antissepsia da sala e instrumental;
- b) iluminação (focos);
- c) Instrumental cirúrgico;
- d) Mesa principal e mesas auxiliares;
- e) preparo do paciente (sondagens, tricotomia, etc.);
- f) Rouparia da sala, da enfermagem e dos médicos;
- g) Serviço de enfermagem do procedimento;
- h) Aspirador;
- i) Irrigador;
- j) Monitor multiparamétrico;
- k) Bisturi elétrico/bipolar;
- l) Cardioversor/desfibrilador;
- m) Oxímetro; e
- n) Repouso pós-operatório em box semi-privativo.

4.1.4. TAXAS DE SALA DE PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS FORA DO CENTRO CIRÚRGICO

- a) Equipamentos/ instrumental para instalação e/ou retirada do gesso;
- b) Instalações da sala;
- c) Serviço de enfermagem do procedimento; e
- d) Talas não inclusas.

4.1.5. SALA DE OBSERVAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO / REPOUSO

- a) Instalações da sala;
- b) equipamentos e materiais não descartáveis inerentes ao atendimento em pronto socorro/pronto atendimento;
- b) Sala de enfermagem (triagem); e
- c) Ultrapassadas seis horas iniciais, mediante registro de evolução médica, pagar-se-á a diária de *Day clinic* ou apartamento/enfermaria, se for o caso de evoluir para internação.

Não caberá cobrança concomitante de repouso e *Day clinic* ou repouso e apartamento/enfermaria.

Será paga em caso de paciente que após a consulta médica realize algum procedimento/exame que necessite reavaliação médica, mediante registro da reavaliação em boletim/ficha de atendimento.

4.1.6. SALA DE EMERGÊNCIA

- a) Cardioversor/desfibrilador;
- b) Equipe especializada;
- c) Equipamentos para monitorização;
- d) Equipamentos / instrumento cirúrgico / instrumento de anestesia;
- e) Equipamentos/instrumentos de ressuscitação / intubação /ventilação manual;
- f) Instalações da sala; e
- g) Serviços de enfermagem do procedimento.

4.1.7. SALA DE CURATIVOS

- a) Equipe especializada;
- b) Equipamentos / instrumento cirúrgico / instrumento de anestesia;
- c) Instalações da sala;
- d) Serviços de enfermagem do procedimento; e
- e) Exceto curativos especiais.

4.1.8. SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

- a) instalações permanentes;
- b) serviços de enfermagem;
- c) rouparia;
- d) monitorização sinais vitais – TPR;
- e) uso de oxímetro;
- f) instalação e monitorização de PA não-invasiva;
- g) uso de monitor cardíaco;
- h) uso de aspirador à vácuo; e
- i) EPI – Equipamento de Proteção Individual.

4.2. Remuneração das taxas de salas

4.2.1. A precificação das taxas de salas será de acordo com a TABELA HNRe DE TAXAS DE SALAS, que estabelece os tipos de taxas conforme o Padrão de Classificação da OSE Hospitalar.

TABELA HNRe DE TAXAS DE SALAS					
ITEM	DESCRIÇÃO	COMPOSIÇÃO/ OBSERVAÇÃO	PADRÃO I	PADRÃO II	PADRÃO III
1	TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO	Uso da sala com realização de imobilização com uso de talas, incluído o serviço profissional de enfermagem.	R\$ 44,22	R\$ 31,19	R\$ 24,10
2	TAXA DE SALA DE GESSADA	Uso da sala com realização de imobilização com	R\$ 108,56	R\$ 83,95	R\$ 64,18

		qualquer aparelho gessado, incluído o serviço profissional de enfermagem.			
3	TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA E ANGIOGRAFIA	Vide descrição nos Itens 4.1.2 A cobrança da taxa é prevista desde que seja para procedimentos que não fazem parte de pacotes negociados.	R\$ 502,16	R\$ 489,98	R\$ 390,49
4	TAXA DE SALA DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA/PRONTO ATENDIMENTO	Só é devida quando houver atendimento médico restrito unicamente a uma consulta médica. Caso seja realizado qualquer procedimento ou utilizado material/medicamento, independente do valor, a referida taxa não será paga.	R\$ 32,70	R\$ 27,58	R\$ 19,68
5	TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA ATÉ 2 HORAS	Vide descrição no Item 4.1.9.	R\$ 342,88	R\$ 249,54	R\$ 194,55
6	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PARA CIRURGIA	Vide descrição no Item 4.1 (Exceto honorários médicos cirurgião e anestesista)	R\$ 988,18	R\$ 648,94	R\$ 488,75
7	CIRURGIA EQUIPADA POR HORA SUBSEQUENTE A 3 HORAS	A ser paga por hora excedente/superior a 3 horas no uso da Sala de Cirurgia Equipada para até 3 horas.	R\$ 100,86	R\$ 72,48	R\$ 54,47
8	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PARA CIRURGIA COM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA DE ATÉ 3 HORAS	Vide descrição no Item 4.1, acrescido do equipamento de Bomba de Circulação Extra Corpórea por até 3 horas. (Exceto honorários médicos cirurgião e anestesista)	R\$ 1.730,38	R\$ 1.460,08	R\$ 1.136,90
9	CIRURGIA COM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA POR HORA SUBSEQUENTE	Bomba de Circulação Extra Corpórea por hora excedente/superior a 3 horas.	R\$ 340,88	R\$ 270,32	R\$ 207,66
10	PROCEDIMENTOS	Incluso insumos para	R\$ 412,07	R\$ 282,46	R\$ 219,01

	CIRÚRGICOS ENDOSCÓPICOS	asepsia e antissepsia, monitor cardíaco multifuncional (PA, FC, PI/PNI), oxímetro, capinógrafo, bisturi elétrico, aspirador, irrigador e indumentária (equipe e paciente), além repouso pós-operatório em box semi privativo. (Exceto honorários médicos cirurgião e anestesista)			
11	PEQUENAS CIRURGIAS ELETIVAS COM ANESTESIA LOCAL, COM OU SEM INTERNAMENTO	Incluso insumos para asepsia e antissepsia, monitor cardíaco multifuncional (PA, FC, PNI), oxímetro, bisturi elétrico e indumentária (equipe e paciente). (Exceto honorários médicos)	R\$ 199,16	R\$ 130,41	R\$ 110,19
12	CIRURGIA DE PORTE MÉDIO COM OU SEM ANALGESIA SEM INTERNAMENTO	Incluso insumos para asepsia e antissepsia, monitor cardíaco multifuncional (PA, FC, PNI), oxímetro, capinógrafo, bisturi elétrico, aspirador, irrigador e indumentária (equipe e paciente). (Exceto honorários médicos cirurgião e anestesista)	R\$ 436,18	R\$ 402,05	R\$ 306,60
13	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PARA NEUROCIRURGIA ATÉ 3 HORAS	Vide descrição no Item 4.1, acrescido dos equipamentos (Craneótomo, Serra e Fresa). (Exceto honorários médicos cirurgião e anestesista)	R\$ 1.438,80	R\$ 1.275,09	R\$ 940,95
14	NEUROCIRURGIA POR HORA SUBSEQUENTE	A ser paga por hora excedente/superior a 3 horas no uso da Sala de Neurocirurgia Equipada para até 3 horas.	R\$ 190,98	R\$ 186,45	R\$ 136,12
15	PEQUENA CIRURGIA NA URGÊNCIA	Incluso insumos para asepsia e antissepsia (profissional, paciente e ambiente), instrumentais	R\$ 56,84	R\$ 46,01	R\$ 35,17

		cirúrgicos estéreis não descartáveis, bandejas/cuba inox, além da utilização da Sala de procedimentos (Exceto materiais usados e honorários médicos quando cabível previsão de cobrança).			
16	CURATIVOS NA URGÊNCIA	Incluso insumos para assepsia e antissepsia (profissional, paciente e ambiente), instrumentais estéreis não descartáveis, bandejas/cuba inox, além da utilização da Sala de curativos (Exceto materiais usados).	R\$ 33,66	R\$ 26,55	R\$ 16,94
17	REPOUSO NA URGÊNCIA/ OBSERVAÇÃO CLÍNICA E/OU CARDIOLÓGICA ATÉ 6 HORAS	Devido cobrança caso o atendimento necessite de repouso e/ou reavaliação médica do paciente decorrente de medicação, exame e/ou procedimento com reavaliação médica, desde que haja registro na evolução médica. Ultrapassadas as 6 horas iniciais e mediante registro médico na evolução, pagar-se-á diária de <i>DAY CLINIC</i> ou Apartamento/Enfermaria se for o caso de evoluir para internação. Não caberá cobrança concomitante da Taxa de repouso + <i>DAY CLINIC</i> ou repouso + Apartamento/Enfermaria.	R\$ 116,77	R\$ 78,33	R\$ 57,69
18	BOX PARA QUIMIOTERAPIA	Incluso acomodação do paciente, cabine de fluxo laminar, bomba de infusão para o procedimento, serviço de enfermagem e curativo (Exceto o material descartável para a infusão - agulha e equipo).	R\$ 392,20	R\$ 288,78	R\$ 306,65

4.2.2. Em caso de não utilização de cabine de fluxo laminar para infusão de quimioterápico, não caberá cobrança do Box para Quimioterapia. Poderá ocorrer cobrança da taxa de observação clínica, quando tempo de infusão for superior a trinta minutos.

4.2.3. Em caso de utilização de cabine de fluxo laminar para infusão de quimioterápico em paciente internado caberá a cobrança da taxa referente apenas à cabine de fluxo laminar, não sendo cabível cobrança concomitante da taxa de Box de quimioterapia.

4.2.4. A Taxa de Enfermagem foi acrescida no valor das diárias, não podendo ser cobrada. Compreende-se por taxa de enfermagem as rotinas tais como: aplicação de injeções, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicosúria, serviço de curativos, lavagem de colostomia, de assepsia e higiene, de embrocção vaginal, de tampão anal, de sinais vitais, de sondagem nasogástrica, venóclise, lavagens gástricas e intestinais, aspirações, desinfecção de leitos, preparação de alimentos enteral e parenteral, vesical e retal.

5. EQUIPAMENTOS MÉDICO CIRÚRGICOS

5.1. A precificação das taxas dos equipamentos médicos cirúrgicos e hospitalares será de acordo com o contido na TABELA HNRe DE EQUIPAMENTOS MÉDICO CIRÚRGICOS, que descreve os tipos de equipamentos conforme o Padrão de Classificação da OSE Hospitalar.

TABELA HNRe DE EQUIPAMENTOS MÉDICO CIRÚRGICOS				
ITEM	IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO	PADRÃO I	PADRÃO II	PADRÃO III
1	ARTROSCÓPIO CIRÚRGICO OU VÍDEO ARTROSCÓPIO (incluso camisa, fluxor, Artrozan, água destilada, solução para desinfecção/assepsia, indumentária da equipe cirúrgica e do pessoal de apoio – Excluído lâmina de Shaver que deve ser cobrada a parte)	R\$ 411,91	R\$ 291,17	R\$ 227,26
2	ASPIRADOR CAVITRON/ NEUROCIRÚRGICO - é devida a sua cobrança para cirurgias intracranianas, tumores e abscessos cerebrais (inclusos descartáveis e insumos para seu uso)	R\$ 791,72	R\$ 638,39	R\$ 444,6
3	BOMBA DE INFUSÃO EM APARTAMENTO/ENFERMARIA - POR 24 HORAS (Para infusão parenteral de medicação cujo controle é estabelecido na bula para infusão controlada/fluxo em bomba infusora, quimioterápicos para pacientes internados, NPT, soluções em dripping ou dieta enteral) – Não será paga taxa para uso em casos de	R\$ 36,42	R\$ 29,65	R\$ 23,37

	hidratação venosa, manutenção de via p�rvea ou para infusão de antibióticos.			
4	CABINE DE FLUXO LAMINAR (Incluso insumos para assepsia e antisepsia das embalagens das drogas, bomba infusora, EPI e materiais descartáveis para o profissional usar na manipula�o das drogas, instrumental, dispositivos de transferência e mistura. (Exceto solu�es diluentes e drogas para infusão). Inclui o preparo da medica�o	R\$ 242,01	R\$ 149,43	R\$ 126,22
5	CISTOSC�PIO	R\$ 110,63	R\$ 107,65	R\$ 80,13
6	COLCHÃO D'ÁGUA OU AR/PNEUMÁTICO - DIA (indivisível - prevista cobrança apenas para uso na Internaq�o em Apartamento ou Enfermaria mediante autoriza�o prévia)	R\$ 45,70	R\$ 13,83	R\$ 15,35
7	COLCHÃO CAIXA DE OVO (uma unidade para cada 30 dias, independente da quantidade de dias utilizados)	R\$ 89,64	R\$ 80,49	R\$ 55,26
8	DEFIBRILADOR FORA DA UTI	R\$ 101,08	R\$ 54,91	R\$ 47,19
9	FOTOTERAPIA 1� HORA	R\$ 47,73	R\$ 41,03	R\$ 24,39
10	FOTOTERAPIA POR HORA SUBSEQUENTE	R\$ 5,77	R\$ 4,91	R\$ 3,76
11	INTENSIFICADOR DE IMAGEM EM BLOCO CIRÚRGICO. A cobrança da taxa � prevista desde que seja para procedimentos que não fazem parte de pacotes negociados em que o seu uso � necessário. Deve apresentar imagem.	R\$ 421,82	R\$ 358,91	R\$ 258,30
12	LASER EM SALA CIRÚRGICA (somente com autoriza�o prévia)	R\$ 645,74	R\$ 581,16	R\$ 316,74
13	MICROSCOPIO CIRÚRGICO	R\$ 145,42	R\$ 107,96	R\$ 84,79
14	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO PARA NEUROCIRURGIA	R\$ 423,36	R\$ 435,85	R\$ 249,85
15	MONITOR DE PRESSÃO	R\$ 325,18	R\$ 213,49	R\$ 173,53

	INTRACANIANA/CEREBRAL - DIA			
16	MONITOR FETAL SONAR POR 24 HORAS	R\$ 89,56	R\$ 66,81	R\$ 48,38
17	RESPIRADOR COM PRESSÃO POSITIVA INTERMITENTE (RPPI) POR 24 HORAS (Com oxigênio e filtro incluso)	R\$ 136,40	R\$ 128,43	R\$ 62,78
18	RESPIRADOR VOLUME POR 24 HORAS SEM O ₂ (inclui filtros)	R\$ 267,88	R\$ 187,30	R\$ 106,03
19	RESSECTOSCÓPIO	R\$ 152,16	R\$ 136,64	R\$ 100,36
20	VIDEO ENDOSCÓPIO CIRÚRGICO/DIAGNÓSTICO EM BC, NOS CASOS DE NEUROLOGIA, GINECOLOGIA E UROLOGIA, OFTALMO E OTORRINO (incluso taxa, solução para desinfecção/asepsia, água destilada e ureteroscópio)	R\$ 446,28	R\$ 339,32	R\$ 303,11
21	VIDEO HISTEROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 604,61	R\$ 431,96	R\$ 334,32
22	VIDEO HISTEROSCÓPIO DIAGNÓSTICO	R\$ 291,66	R\$ 213,87	R\$ 168,61
23	VIDEO LAPAROSCÓPIO CIRÚRGICO/TERAPÊUTICO ABDOMINAL/TÓRAX/GINECOLÓGICO (incluso agulha de Veress, gás carbônico, água destilada, 2 cargas de clips LT200 ou LT300 CO ₂ , trocâteres permanentes, 1 trocâter descartável, indumentária da equipe cirúrgica e do pessoal de apoio - Não cabe cobrança de trocâter descartável adicional)	R\$ 2.862,92	R\$ 2.788,57	R\$ 2.025,62
24	VIDEO LAPAROSCÓPIO DIAGNÓSTICO ABDOMINAL/TÓRAX/GINECOLÓGICO (incluso agulha de Veress, gás carbônico, água destilada, 2 cargas de clips LT200 ou LT300 CO ₂ , trocâteres permanentes, 1 trocâter descartável, indumentária da equipe cirúrgica e do pessoal de apoio - Não cabe cobrança de trocâter descartável adicional)	R\$ 2.144,34	R\$ 2.067,33	R\$ 1.522,87

5.1.1. As referidas taxas de equipamentos não poderão ser cobradas concomitantemente com a UCO do procedimento, nem se estiverem contidas em outras taxas hospitalares ou pacotes.

5.1.2. A taxa referente à cabine de fluxo laminar não poderá ser cobrada concomitantemente à taxa de box para quimioterapia. e caberá para pacientes internados, que não farão uso de box/acomodação ambulatorial.

5.2. A precificação das taxas de equipamentos médicos cirúrgicos relacionados à oftalmologia será de acordo com o contido na TABELA HNRe DE EQUIPAMENTOS MÉDICO CIRÚRGICOS DE OFTALMOLOGIA.

TABELA HNRe DE EQUIPAMENTOS MÉDICO CIRÚRGICOS DE OFTALMOLOGIA		
ITEM	IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO	VALOR ADOTADO
1	APARELHO DE FACO EMULSIFICAÇÃO (Oftalmologia)	R\$ 260,00
2	CRIO PARA RETINA (Oftalmologia)	R\$ 101,16
3	FIBRA ÓPTICA (Oftalmologia)	R\$ 164,41
4	LASER POR SESSÃO (Oftalmologia)	R\$ 166,70
5	MICROSCÓPIO OFTALMOLÓGICO	R\$ 139,12
6	VITREÓGRAFO (Oftalmologia)	R\$ 138,21
7	LASER EM SALA DE CIRURGIAS	R\$ 265,21
8	YAG LASER (Oftalmologia)	R\$ 361,44

5.2.1 As referidas taxas de equipamentos não poderão ser cobradas concomitantemente com a UCO do procedimento, nem se estiverem contidas em outras taxas hospitalares ou pacotes.

5.3. Não será permitida a cobrança de taxa de sala para Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e/ou tratamentos especializados realizados à beira do leito.

5.4. Nas taxas de equipamentos/ aparelhagens estão incluídos todos os insumos e acessórios necessários para o funcionamento e manutenção.

5.5. Os equipos de bomba infusora serão pagos conforme recomendação da ANVISA, seguindo os seguintes critérios:

- a) solução contínua a cada noventa e seis 96 (noventa e seis) horas;
- b) infusão intermitente a cada vinte e quatro 24 (vinte e quatro) horas e capa protetora estéril, de uso único, caso haja necessidade de desconexão;
- c) soluções lipídicas a cada doze 12 (doze) horas;
- d) dietas enterais a cada vinte e quatro 24 (vinte e quatro) horas;
- e) dietas parenterais a cada troca da bolsa (dieta); e
- f) antibióticos, antifúngicos e amins de acordo com a recomendação do fornecedor/fabricante.

5.6. As troca das tampas dos equipos de bomba infusora será paga conforme a troca da tampa e não pelo interstício de vinte e quatro 24 (vinte e quatro) horas.

5.7. É necessária a apresentação de Nota Fiscal para os casos de aluguel de equipamentos.

6. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

6.1. Os Materiais Descartáveis serão remunerados conforme a TABELA HNRe DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS.

TABELA HNRe DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
ITEM	PRODUTO	UF	VALOR ADOTADO
1	AGULHA BIÓPSIA 14G A 21G	UNIDADE	R\$ 461,72
2	AGULHA BIÓPSIA ASPIRATIVA - CHIBA 18/20/22 X 9/15/20	UNIDADE	R\$ 465,48
3	AGULHA BIÓPSIA CHIBA (DCHN 22X15,0) DESC	UNIDADE	R\$ 464,94
4	AGULHA DE HUBER	UNIDADE	R\$ 125,00
5	AGULHA DESCARTÁVEL 13 X 4,5	UNIDADE	R\$ 0,33
6	AGULHA DESCARTÁVEL 25X7	UNIDADE	R\$ 0,31
7	AGULHA DESCARTÁVEL 25X8	UNIDADE	R\$ 0,31
8	AGULHA DESCARTÁVEL 30X7	UNIDADE	R\$ 0,31
9	AGULHA DESCARTÁVEL 40X12	UNIDADE	R\$ 0,44
10	AGULHA P/ ANEST. PLEXO- STIMUPLEX-A-100 C 21 X 4/A25 G 24 X 1/ A 50G 22 X 2/ CANULA A 150	UNIDADE	R\$ 257,72
11	AGULHA PARA RAQUI G22X 1 1/2	UNIDADE	R\$ 57,18
12	AGULHA PARA RAQUI G22 X 3 1/2	UNIDADE	R\$ 57,18
13	AGULHA PARA RAQUI G25 4 ¾ 0,53 X 120 MM	UNIDADE	R\$ 119,47
14	AGULHA PARA RAQUI G25 X 3 1/2	UNIDADE	R\$ 56,13
15	AGULHA PARA RAQUI G26 X 3 1/2	UNIDADE	R\$ 57,93
16	AGULHA PARA RAQUI G27 4 ¾ 0,42 X 120 MM	UNIDADE	R\$ 148,46
17	AGULHA PARA RAQUI G27 X 3 ½	UNIDADE	R\$ 64,46
18	AGULHA PARA RAQUI G29 X 3 ½	UNIDADE	R\$ 202,53
19	AGULHA PENCAN G25 3 ½ (WHITACRE)	UNIDADE	R\$ 181,07
20	AGULHA PERICAN G17 X 3 ¼ 1,5 X 80MM / G18 X 3 ¼ - 1,3 X 80 MM / G16 X 3 ¼ - 1,7 X 80 MM (PERIDURAL)	UNIDADE	R\$ 117,00
21	ATADURA ORTOPÉDICA 12CM X 1,80M	UNIDADE	R\$ 1,64
22	ATADURA ORTOPÉDICA 15CM X 1,80M	UNIDADE	R\$ 2,70
23	ATADURA ORTOPÉDICA 20CM X 1,80M	UNIDADE	R\$ 2,85
24	ATADURA CREPE 08CM X 4,5M	UNIDADE	R\$ 7,10
25	ATADURA CREPE 10CM X 4,5M	UNIDADE	R\$ 8,08
26	ATADURA CREPE 15CM X 4,5M	UNIDADE	R\$ 11,64
27	ATADURA CREPE 20CM X 4,5M	UNIDADE	R\$ 13,68
28	ATADURA CREPE 30CM X 4,5M	UNIDADE	R\$ 14,51
29	ATADURA GESSADA 06CM X 2M	UNIDADE	R\$ 4,06

30	ATADURA GESSADA 10CM X 3M	UNIDADE	R\$ 5,70
31	ATADURA GESSADA 15CM X 3M	UNIDADE	R\$ 8,12
32	ATADURA GESSADA 20CM X 4M	UNIDADE	R\$ 15,45
33	BISTURI DESC C/ LÂMINA PARAGON	UNIDADE	R\$ 18,85
34	BOLSA P/ COLOSTOMIA/ ILCOSTOMIA DRENÁVEL - CLÁSSICA DE FECHAMENTO	UNIDADE	R\$ 34,39
35	BOTA/ PERNEIRA PNEUMÁTICA	PAR	R\$ 893,60
36	CLIP P/ BOLSA COLOSTOMIA	UNIDADE	R\$ 20,49
37	BOLSA P/ COLOSTOMIA KARAYA DRENAGEM (1º USO/REPOSIÇÃO)	UNIDADE	R\$ 37,28
38	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 2000ML - 3 VIAS MIX BAG	UNIDADE	R\$ 125,20
39	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 1000ML - 3 VIAS MIX BAG	UNIDADE	R\$ 105,14
40	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 500ML - 3 VIAS MIX BAG	UNIDADE	R\$ 101,07
41	CATETER EPIDURAL COMPOSTO POR: CATETER + FILTRO + AGULHA + SERINGA	UNIDADE	R\$ 230,56
42	CATETER NASAL PARA O2 TIPO ÓCULOS	UNIDADE	R\$ 4,99
43	CATETER P/ HEMODIÁLISE DUPLO LÚMEN	UNIDADE	R\$ 1.383,10
44	CATETER P/ HEMODIÁLISE TRIPLO LÚMEN	UNIDADE	R\$ 1.454,14
45	CATETER UMBILICAL ARGYLE (3,5 FR/ 5,0 FR/ 8,0 FR)	UNIDADE	R\$ 413,93
46	CATETER VENOSO ACESSO PERIFÉRICO DE POLIURETANO (TIPO JELCO) DE 14 A 22G COM SISTEMA DE TRAVAMENTO DE SEGURANÇA	UNIDADE	R\$ 29,25
47	CATETER VENOSO ACESSO PERIFÉRICO DE POLIURETANO (TIPO JELCO) 24G COM SISTEMA DE TRAVAMENTO DE SEGURANÇA	UNIDADE	R\$ 30,27
48	CATETER VENOSO ACESSO CENTRAL (INTRA-CATH)	UNIDADE	R\$ 75,25
49	CATETER VENOSO DUPLO LÚMEN - ADULTO/INFANTIL	UNIDADE	R\$ 1.178,94
50	CATETER VENOSO MONO LÚMEN - ADULTO/INFANTIL	UNIDADE	R\$ 520,35
51	CATETER VENOSO PERIFÉRICO AGULHADO (TIPO ESCALPE)	UNIDADE	R\$ 7,39
52	CATETER VENOSO TRIPLO LÚMEN - ADULTO/INFANTIL	UNIDADE	R\$ 1.301,21
53	CATETER PICC LINE POWER DUPLO COM KIT U	UNIDADE	R\$ 2.678,47
54	CATETER PICC MONO COM KIT U	UNIDADE	R\$ 1.572,99
55	COLAR CERVICAL ESPUMA ESPECIAL P/M/G	UNIDADE	R\$ 46,42
56	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO	UNIDADE	R\$ 27,58

57	COLETOR/BOLSA URINA SISTEMA FECHADO	UNIDADE	R\$ 82,84
58	COLETOR URINA INFANTIL MASC./ FEM (EMBALAGEM PLÁSTICA)	UNIDADE	R\$ 0,74
59	COMPRESSA CIRÚRGICA 25X28 CAMPO OPERATÓRIO - JUSTIFICAR EM CASO DE USO FORA DO BLOCO CIRÚRGICO (UNID)	UNIDADE	R\$ 8,58
60	COMPRESSA CIRÚRGICA/ CAMPO OPERATÓRIO 45X50 (EM BLOCO CIRÚRGICO) - JUSTIFICAR EM CASO DE USO FORA DO BLOCO CIRÚRGICO (UNID)	UNIDADE	R\$ 9,52
61	COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ESTÉRIL C/ 10 UNID. 13 FIOS	UNIDADE	R\$ 4,06
62	CORD CLAMP	UNIDADE	R\$ 20,95
63	DISPOSITIVO P/ CIRCUNCISÃO (TIPO PLASTIBEL)	UNIDADE	R\$ 80,55
64	DISPOSITIVO URINÁRIO (BAINHA) URIPEN	UNIDADE	R\$ 3,43
65	DRENO BLAKE 10 FR C/ TROCARTE 1/8 E 15 FR C/ TROCARTE 3/16	UNIDADE	R\$ 480,59
66	DRENO BLAKE 19 FR C/ TROCARTE ¼	UNIDADE	R\$ 524,27
67	DRENO BLAKE 19 FR HUBLESS TROCARTE ¼	UNIDADE	R\$ 524,31
68	DRENO PENROSE LATEX Nº 1 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	R\$ 5,86
69	DRENO PENROSE LATEX Nº 2 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	R\$ 7,74
70	DRENO PENROSE LATEX Nº 3 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	R\$ 10,57
71	DRENO PENROSE LATEX Nº 4 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	R\$ 14,06
72	DRENO DE SUÇÃO SANFONA	UNIDADE	R\$ 91,47
73	DRENO TÓRAX (S/ RESERVATÓRIO)	UNIDADE	R\$ 65,52
74	ELETRODO UNIVERSAL DESCARTÁVEL (PACOTE C/ 05 UNID)	PACOTE	R\$ 6,13
75	EQUIPO ADAPTADOR P/ FRASCO DE SORO (TRANSFIX)	UNIDADE	R\$ 8,12
76	EQUIPO ALIMENTAÇÃO ENTERAL (BOMBA INFUSÃO)	UNIDADE	R\$ 531,45
77	EQUIPO ALIMENTAÇÃO ENTERAL (GRAVITACIONAL)	UNIDADE	R\$ 47,61
78	EQUIPO BOMBA INFUSÃO - TIPO COMPACT AIR	UNIDADE	R\$ 583,41
79	EQUIPO BOMBA INFUSÃO ANNE	UNIDADE	R\$ 272,06
80	EQUIPO BOMBA INFUSÃO C/ BURETA	UNIDADE	R\$ 689,40
81	EQUIPO BOMBA INFUSÃO FOTOSSENSÍVEL	UNIDADE	R\$ 626,19
82	EQUIPO BOMBA INFUSÃO NEO	UNIDADE	R\$ 627,48
83	EQUIPO BOMBA INFUSÃO PVC - FREE	UNIDADE	R\$ 756,56
84	EQUIPO EXTENSOR 120 CM	UNIDADE	R\$ 22,39

85	EQUIPO EXTENSOR 120 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	R\$ 40,43
86	EQUIPO EXTENSOR 20 CM	UNIDADE	R\$ 18,99
87	EQUIPO EXTENSOR 20 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	R\$ 30,15
88	EQUIPO EXTENSOR 40 CM	UNIDADE	R\$ 19,23
89	EQUIPO EXTENSOR 40 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	R\$ 28,25
90	EQUIPO EXTENSOR 60 CM	UNIDADE	R\$ 20,26
91	EQUIPO EXTENSOR 60 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	R\$ 31,96
92	EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	UNIDADE	R\$ 27,59
93	EQUIPO MACROGOTAS C/ SUSPIRO (AIR)	UNIDADE	R\$ 35,36
94	EQUIPO MACROGOTAS C/ SUSPIRO E INJ. LATERAL	UNIDADE	R\$ 31,05
95	EQUIPO MACROGOTAS FOTOSSENSÍVEL - AMBAR COM SUSPIRO + INJETOR LATERAL	UNIDADE	R\$ 41,09
96	EQUIPO MACROGOTAS SIMPLES	UNIDADE	R\$ 13,16
97	EQUIPO MICROGOTAS C/ SUSPIRO + INJETOR LATERAL	UNIDADE	R\$ 25,09
98	EQUIPO MICROGOTAS C/ CÂMARA GRADEADA (BURETA)	UNIDADE	R\$ 73,54
99	EQUIPO P/ ADM. SIMULTÂNEA DE SOLUÇÕES (TIPO POLIFIX) C/ 2 VIAS - COM SIFSITE	UNIDADE	R\$ 56,52
100	EQUIPO P/ ADM. SIMULTÂNEA DE SOLUÇÕES (TIPO POLIFIX) C/ 2 VIAS - SEM SIFSITE	UNIDADE	R\$ 28,74
101	EQUIPO P/ DIÁLISE PERITONEAL	UNIDADE	R\$ 33,42
102	EQUIPO P/ HEMODERIVADOS	UNIDADE	R\$ 33,48
103	EQUIPO P/ IRRIGAÇÃO VESICAL C/ 1 VIA	UNIDADE	R\$ 30,80
104	EQUIPO P/ IRRIGAÇÃO VESICAL C/ 2 VIAS	UNIDADE	R\$ 38,39
105	EQUIPO PARA MEDIÇÃO DE PVC	UNIDADE	R\$ 58,03
106	EQUIPO P/ TRANSFERÊNCIA DE SOLUÇÕES 1 VIA SIMPLES PARA NPT	UNIDADE	R\$ 10,87
107	EQUIPO P/ TRANSFERÊNCIA DE SOLUÇÕES 1 VIA AIR PARA NPT	UNIDADE	R\$ 17,44
108	ESCOVA COM POVIDINE DESCARTÁVEL (PAR)	PAR	R\$ 5,48
109	ESPAÇADOR PARA AEROSSOLTERAPIA RETRÁTIL	UNIDADE	R\$ 69,36
110	ESPARADRAPO 10CM X 4,5 MTS	CM	R\$ 23,47
111	ESPARADRAPO 10CM X 4,5 CM	CM	R\$ 0,04
112	ESPARADRAPO 5CM X 4,5 MTS - ROLO	CM	R\$ 11,85
113	ESPARADRAPO 5CM X 4,5 MTS - CM	CM	R\$ 0,02
114	ESPARADRAPO HIPOALERGÊNICO (TRANSPORE) - CM	CM	R\$ 0,08

115	ESPARADRAPO HIPOALERGÊNICO 10CM X 4,5 MT	CM	R\$ 49,19
116	ESPARADRAPO MICROPOROSO 10CM X 4,5 MTS - ROLO	CM	R\$ 23,44
117	ESPARADRAPO MICROPOROSO 10CM X 4,5 MTS - CM	CM	R\$ 0,04
118	ESPARADRAPO MICROPOROSO 5CM X 4,5 MTS - ROLO	CM	R\$ 13,17
119	ESPARADRAPO MICROPOROSO 5CM X 4,5 MTS - CM	CM	R\$ 0,02
120	EXERCITADOR RESPIRATÓRIO (TIPO TRIFLO)	UNIDADE	R\$ 83,75
121	FILTRO BACTERIANO VIRAL (NARIZINHO)	UNIDADE	R\$ 129,86
122	FILTRO P/ VENTILAÇÃO MECÂNICA	UNIDADE	R\$ 158,60
123	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 100 MM X 10 MT - ROLO	UNIDADE	R\$ 49,19
124	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 100 MM X 10 MT - /CM	UNIDADE	R\$ 0,04
125	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 50 MM X 10 M - ROLO/CM	UNIDADE	R\$ 23,44
126	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 50 MM X 10 MT - /CM	UNIDADE	R\$ 0,02
127	FRALDA ADULTO/ GERIÁTRICA (P,M,G)	UNIDADE	R\$ 4,29
128	FRALDA RN/ INFANTIL (P,M,G)	UNIDADE	R\$ 1,27
129	FRASCO P/ DRENAGEM TORÁRICA S/ EXT 2000ML	UNIDADE	R\$ 49,63
130	FRASCO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL 300ML COM LACRE	UNIDADE	R\$ 7,93
131	FRASCO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL 500ML COM LACRE	UNIDADE	R\$ 10,90
132	KIT TRANSDUTOR DE PRESSÃO	UNIDADE	R\$ 497,96
133	LÂMINA PARA BISTURI (DE 11 A 24 = FEATHER)	UNIDADE	R\$ 3,92
134	LANCETA PARA HGT - SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE	R\$ 1,19
135	LANCETA PARA HGT COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE	R\$ 1,90
136	LINHA SANGUE P/ HEMODIÁLISE ARTERIAL	UNIDADE	R\$ 69,68
137	LINHA SANGUE P/ HEMODIÁLISE VENOSA	UNIDADE	R\$ 55,35
138	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL (6,5/7,0/7,5/8,0/8,5 - PAR)	PAR	R\$ 5,05
139	MALHA TUBULAR 04 CM X 15 MTS - VALOR DO METRO	METRO	R\$ 1,02
140	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 MTS - VALOR DO METRO	METRO	R\$ 1,19
141	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 MTS - VALOR DO METRO	METRO	R\$ 1,51
142	MALHA TUBULAR 10 CM X 15 MTS - VALOR DO METRO	METRO	R\$ 1,77
143	MALHA TUBULAR 12 CM X 15 MTS - VALOR DO METRO	METRO	R\$ 1,89
144	MALHA TUBULAR ALGODÃO 30CM X 25 MT - (TÓRAX)	METRO	R\$ 5,21
145	MANTA TÉRMICA	UNIDADE	R\$ 406,39
146	PLUG ADAPTADOR MACHO/FÊMEA/ DISPOSITIVO LUER	UNIDADE	R\$ 6,91
147	PULSEIRA MÃE E FILHO NUMERADA	UNIDADE	R\$ 9,59

148	PLACA FLEXÍVEL P/ COLOSTOMIA (45/57/70 MM) - KARAYA	UNIDADE	R\$ 67,30
149	RESERVATÓRIO P/ DRENO BLAKE J- VAC (300 - 400ML)	UNIDADE	R\$ 368,77
150	RESERVATÓRIO P/ DRENO TÓRAX 2000ML	UNIDADE	R\$ 55,81
151	SENSOR BIS	UNIDADE	R\$ 526,66
152	SERINGA 03 CC SEM AGULHA	UNIDADE	R\$ 0,94
153	SERINGA 05 CC SEM AGULHA	UNIDADE	R\$ 1,18
154	SERINGA 10 CC SEM AGULHA	UNIDADE	R\$ 1,96
155	SERINGA 20 CC SEM SERINGA	UNIDADE	R\$ 3,49
156	SERINGA 60 CC SEM SERINGA	UNIDADE	R\$ 15,20
157	SERINGA DESCARTÁVEL 1 CC INSULINA COM AGULHA	UNIDADE	R\$ 3,29
158	SERINGA PERFUSORA 20 ML	UNIDADE	R\$ 74,73
159	SERINGA PERFUSORA 50 ML	UNIDADE	R\$ 88,94
160	SERINGA POSIFLUSH C/ SOLUÇÃO SALINA 5 E 10 ML	UNIDADE	R\$ 7,77
161	SISTEMA DRENAGEM MEDIASTINAL (C/ DRENO)	UNIDADE	R\$ 199,60
162	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO	UNIDADE	R\$ 398,22
163	SISTEMA FECHADO PARA COLETA DE SANGUE VAMP ADULTO/PEDIATRA (AUT CONFORME PROTOCOLO)	UNIDADE	R\$ 430,98
164	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL/URETRAL N° 4, 6 E 8	UNIDADE	R\$ 3,27
165	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL/URETRAL N° 10, 12 E 14	UNIDADE	R\$ 3,88
166	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL/URETRAL N° 16, 18 E 20	UNIDADE	R\$ 4,15
167	SONDA ENDOTRAQUEAL (C/ E S/ BALÃO) - ADULTO	UNIDADE	R\$ 143,87
168	SONDA ENDOTRAQUEAL (C/ E S/ BALÃO) - INFANTIL	UNIDADE	R\$ 83,86
169	SONDA FOLEY C/ 100% SILICONE C/ 2 VIAS E BALÃO - ADULTO	UNIDADE	R\$ 134,17
170	SONDA FOLEY C/ 100% SILICONE C/ 2 VIAS E BALÃO - INFANTIL	UNIDADE	R\$ 168,45
171	SONDA FOLEY SILICONIZADA C/ 2 VIAS - ADULTO	UNIDADE	R\$ 8,05
172	SONDA FOLEY SILICONIZADA C/ 2 VIAS - INFANTIL	UNIDADE	R\$ 7,98
173	SONDA GÁSTRICA 4, 6 E 8	UNIDADE	R\$ 3,90
174	SONDA GÁSTRICA 10, 12, 14 E 16	UNIDADE	R\$ 4,54
175	SONDA GÁSTRICA 18, 20 E 22	UNIDADE	R\$ 6,19
176	SONDA P/ NUTRIÇÃO ENTERAL SILICONE (8FR-12FR)	UNIDADE	R\$ 637,01
177	SONDA RETAL QUALQUER NÚMERO	UNIDADE	R\$ 4,75
178	TAMPÃO OCULAR (MONOCULO OCULAR)	UNIDADE	R\$ 5,53
179	TIRA TESTE PARA HGT	UNIDADE	R\$ 5,42

180	TORNEIRA C/ 3 VIAS	UNIDADE	R\$ 16,63
181	SERINGA P/ CONTRASTE (APENAS EXAMES DE IMAGEM)	UNIDADE	R\$ 146,45

6.2. Para os itens de Materiais Descartáveis não constantes na TABELA HNRe de MATERIAIS DESCARTÁVEIS supracitadas, os mesmos serão remunerados conforme a TABELA SIMPRO nº 109 Abril/Maio de 2017 acrescido da taxa de comercialização de até 15%.

6.3. Caso seja utilizado item referente a OPME que não conste na Tabela SIMPRO, observar o disposto no subitem 7.2.

6.4. Quando o material não constar em nenhuma publicação da Tabela SIMPRO, será solicitado pelo menos três orçamentos, dependendo da quantidade de fabricantes/fornecedores existentes e será acrescido da taxa de comercialização de 15%, sendo admitido mediante autorização da CREDENCIANTE o material de menor valor. Para materiais que possuam um único fornecedor, deve ser apresentada carta/declaração de exclusividade de fornecimento.

6.5. Para materiais de valor monetário superior a R\$ 800,00 (oitocentos reais) necessita-se de aprovação do CREDENCIANTE.

6.6. Curativos especiais para prevenção de lesão (exceto filmes transparente de prevenção) deverão ser autorizados pela equipe de auditoria concorrente mediante solicitação e justificativa para o uso, assim como demais curativos/coberturas especiais cujo o valor unitário seja superior a R\$ 300,00 (trezentos reais). Deverá ser incluída a previsão de custo total com o tratamento para autorização do médico auditor concorrente.

6.7. Os fios cirúrgicos serão pagos sem margem de comercialização, conforme disposto no subitem 7.6.

6.8. Os Materiais Descartáveis serão pagos conforme os períodos de troca previstos no Manual da ANVISA, Capítulo 4. Medidas de Prevenção de Infecção, Agosto de 2017 e suas atualizações.

6.9. Os Materiais Descartáveis já inclusos em diárias e taxas específicas, não serão pagos separadamente, assim como os itens que estão enumerados no DSM-6011, subitem 6.7 e discriminados a seguir:

- a) abaixador de língua;
- b) absorvente higiênico;
- c) atadura tipoia/tipoia americana;
- d) avental descartável (não cobrar em CC, exceto em cirurgias ortopédicas);
- e) bandeja de raquianestesia;
- f) borracha de silicone;
- g) borracha para aspirador (inclusa na taxa de uso do aspirador. Não remunerada separadamente em CC);
- h) cabo bipolar (incluso na taxa de bisturi bipolar);
- i) camisa para microcâmera (inclusa na taxa de uso de videocirurgia);
- j) campo cirúrgico descartável (exceto loban, Stare Drape e Campo Adesivo);
- k) caneta p/ marcação cirúrgica;
- l) cânula de guedel;
- m) capa para microscópio (inclusa na taxa de uso do microscópio);
- n) chuca / chupeta;
- o) clorexidina e qualquer solução antisséptica;
- p) conexão para aspiração, para bomba ou pressão;

- q) dome para transdutor de pressão (paga-se o transdutor);
- r) esponja para banho, esponjas;
- s) éter, benzina, tintura de iodo;
- t) extensor para urina;
- u) filme endoscópico (incluso nas taxas de endoscopia);
- v) formol;
- w) frascos para exames;
- x) gerador de marcapasso transcutâneo;
- y) gesso sintético;
- z) lâmina de barbear;
- aa) látex;
- ab) lençol descartável;
- ac) luva para aparelho de laparoscopia;
- ad) material de higiene pessoal (qualquer);
- ae) palito de laranjeira;
- af) pasta gel;
- ag) placa de bisturi;
- ah) plug adaptador;
- ai) respiron (conjunto para respiração);
- aj) roupas descartáveis;
- ak) sensor de oxímetro; e
- al) transofix.

6.10. Referente à utilização de manta térmica, será necessária autorização da Credenciante mediante justificativa técnica.

6.11. Não poderão ser reprocessados os materiais descritos na Resolução nº 2.605/2006, da ANVISA. Em caso de utilização de materiais reprocessados, a remuneração corresponderá a 1/3 do seu valor conforme Tabela HNRe ou SIMPRO.

6.12. As trocas de cateter e dispositivos deverão obedecer as recomendações da ANVISA contidas no manual de Medidas de Prevenção de Infecção, de agosto de 2017 relacionadas a Assistência a Saúde e suas atualizações.

6.13. Os equipos de bomba infusora serão pagos conforme recomendação da ANVISA, seguindo os seguintes critérios:

- a) solução contínua a cada 96 (noventa e seis) horas;
- b) infusão intermitente a cada 24 (vinte e quatro) horas e capa protetora estéril, de uso único, caso haja necessidade de desconexão;
- c) soluções lipídicas a cada 12 (doze) horas;
- d) dietas enterais a cada 24 (vinte e quatro) horas;
- e) dietas parenterais a cada troca da bolsa (dieta); e
- f) antibióticos, antifúngicos e aminos de acordo com a recomendação do fornecedor/fabricante.

6.14. As trocas das tampas dos equipos de bomba infusora serão pagas conforme a troca da tampa e não pelo interstício de vinte e quatro 24 (vinte e quatro) horas.

7. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

7.1. Serão remunerados conforme a TABELA HNRe DE OPME. Os itens não constantes na referida tabela serão remunerados conforme a TABELA SIMPRO nº 109 Abril/Maio de 2017

acrescido da taxa de comercialização de até 15%, com apresentação de 3 (três) orçamentos, passíveis de negociação.

TABELA HNRe DE OPME			
ITEM	PRODUTO	UF	VALOR ADOTADO
1	AGULHA BIOPSIA PRÓSTATA	UN	R\$ 670,00
2	AGULHA BIOPSIA QC QUICK CORE	UN	R\$ 1.012,70
3	AGULHA P/PUNCAO PERCUTANEA RENAL	UN	R\$ 878,78
4	ALÇA DE POLIPECTOMIA	UN	R\$ 489,69
5	BAINHA DILATAÇÃO URETERAL FLEXOR	UN	R\$ 2.152,95
6	BAINHA RENAL	UN	R\$ 2.152,95
7	BAINHA URETERAL NAVIGATOR	UN	R\$ 2.152,95
8	BALAO DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA ESOFÁGICA	UN	R\$ 3.020,00
9	BALAO INTRAORTICO	UN	R\$ 9.300,00
10	BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO URETERAL	UN	R\$ 1.546,08
11	BIO PUMP FLOPUMP	UN	R\$ 2.775,17
12	KIT INSUFLAÇÃO CONTROLADA DE BALÃO	UN	R\$ 1.058,00
13	BROCA DIAMANTADA-Qualquer Marca e Tamanho	UN	R\$ 1.532,18
14	BROCA ELITE DIAMANTADA -Qualquer Marca e Tamanho	UN	R\$ 1.532,18
15	CANULA DE MICRODEBR RAZEK	UN	R\$ 1.450,00
16	CARGA 6 LINHAS REF SR75 P/GRAMPEADOR LINEAR NTLC75	UN	R\$ 948,32
17	CARGA AZUL P/ GRAMPEADOR ARTICULADO	UN	R\$ 2.575,71
18	CARGA BRANCA P/ GRAMPEADOR ARTICULADO	UN	R\$ 2.575,71
19	CARGA DOURADA P/ GRAMPEADOR ARTICULADO	UN	R\$ 2.575,71
20	CARGA VERDE P/ GRAMPEADOR ARTICULADO	UN	R\$ 2.684,66
21	CAT BAL ANGIO STERLING	UN	R\$ 4.500,00
22	CATETER BALÃO PARA DILATAÇÃO URETERAL	UN	R\$ 2.600,00
23	CAT DUPLO J	UN	R\$ 731,16
24	CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIALISE LONGA PERMANÊNCIA	UN	R\$ 4.420,00
25	CATETER GUIA VISTA BRITA	UN	R\$ 1.124,89
26	CATETER TOTALMENTE IMPLANTAVEL	UN	R\$ 2.987,58
27	CATETER VISTA BRITA 7FR AR2 IOOCM REF. 77811200	UN	R\$ 1.135,61
28	CLIP POLIMERO HEM-O-LOK	UN	R\$ 578,59

29	ELETRODO ALÇA BIPOLAR 24FR	UN	R\$ 5.326,56
30	ELETRODO ALÇA MONOPOLAR 24 FR	UN	R\$ 1.016,65
31	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORARIO	UN	R\$ 849,12
32	EVACUADOR ELIK	UN	R\$ 760,32
33	FIBRA LASER FLEXIVA 365 REF. M0068403920	UN	R\$ 6.237,09
34	FIO GUIA HIDROFILICO 0,018" X150CM	UN	R\$ 932,76
35	FIO GUIA NITINOL 0,035X150CM	UN	R\$ 938,50
36	FIO GUIA PERIFERICO RETO/180	UN	R\$ 1.749,91
37	FIO GUIA RETO HIDROF 0,035X145 REF. RPC-35-145 COD. G06979	UN	R\$ 1.038,14
38	FIO KIRSCHNER	UN	R\$ 140,00
39	FIO LUNDERQUIST	UN	R\$ 1.863,66
40	FRESA CIRURGICA (1.0 MM/2.8MM/5.0MM)	UN	R\$ 1.545,03
41	FRESAS PARA CIRURGIA PERCUTANEA DE PE-Qualquer Marca e Tamanho	UN	R\$ 2.500,00
42	GRAMPEADOR END. HERNIA C/ 12 G	UN	R\$ 3.250,10
43	GRAMPEADOR END. HERNIA C/ 25 G	UN	R\$ 3.982,94
44	GRAMPEADOR ENDO GIA LINEAR CORTANTE	UN	R\$ 3.144,46
45	GRAMPEADOR ENDOSCOPICO ARTICULADO	UN	R\$ 3.887,26
46	GRAMPEADOR GIA AZUL	UN	R\$ 2.500,00
47	GRAMPEADOR HASTE CURTA FLEX ARTICUL	UN	R\$ 3.627,30
48	GRAMPEADOR HASTE LONGA FLEX ARTICUL	UN	R\$ 4.302,08
49	GRAMPEADOR LINEAR C/ SELETOR	UN	R\$ 2.044,86
50	INTRODUTOR PROTESE BILIAR	UN	R\$ 3.016,23
51	KIT CATETER ARTERIAL PARA PAM	UN	R\$ 677,26
52	KIT OU CONJUNTO DE GASTROSTOMIA	UN	R\$ 1.746,27
53	LÂMINA SHAVER COOLCUT 4MM EXCALIBUR	UN	R\$ 1.203,30
54	MANIPULADOR UTERINO	UN	R\$ 1.800,58
55	PAPILOTOMO DESC TRIP LUMEN	UN	R\$ 2.698,42
56	PARTICULA MICROESP.2ML	UN	R\$ 6.000,00
57	PINÇA P/LAPAROSC. 5MM ENDO CLINCH STANDARD AMARELO	UN	R\$ 2.058,62
58	PONTEIRA SHAVER GREAT WHITE 4,2MM REF. 9299A	UN	R\$ 1.203,93
59	PROTESE BILIAR	UN	R\$ 1.679,96

60	SONDA DE FIBRA OPTICA P/ HOLMIUM LASER	UN	R\$ 6.300,00
61	SONDA EXTRATORA DE CALC NIT HELICOIDAL	UN	R\$ 2.654,51
62	STENT CAROTIDEO	UN	R\$ 13.368,00
63	TELA DE POLIPROPILENO 15	UN	R\$ 729,59
64	TELA DE POLIPROPILENO 30X30	UN	R\$ 1.483,13
65	TELA DE POLIPROPILENO TRIDIMENSIONAL DIREITA OU ESQUERDA, QUALQUER TAMANHO	UN	R\$ 2.874,76
66	TELA DE PROLENE 15X15CM	UN	R\$ 530,74
67	TELA PROLENE 30X30	UN	R\$ 962,83
68	TELA VYPRO 15X15	UN	R\$ 729,59
69	TELA VYPRO 30X30	UN	R\$ 1.151,81
70	TESOURA COAGULAÇÃO CURVA	UN	R\$ 5.443,20
71	TESOURA ULTRASSONICA 36CM	UN	R\$ 6.646,80
72	VALVULA AORTICA BIOLOGICA	UN	R\$ 5.218,76
73	VALVULA AORTICA MECANICA	UN	R\$ 12.421,00
74	VALVULA MITRAL BIOLOGICA	UN	R\$ 5.218,76
75	VALVULA MITRAL MECANICA	UN	R\$ 10.381,00

7.2. Para os OPMEs que não constarem na TABELA HNRe DE OPME ou na TABELA HNRe DE DESCARTÁVEIS e/ou TABELA SIMPRO, a CREDENCIADA deverá apresentar 03 (três) orçamentos submetidos a auditoria prévia, e após autorizados, será pago o de menor valor, acompanhado da nota fiscal, acrescido à taxa de manutenção/guarda, correspondente a até 15% (quinze por cento) sobre os valores dos materiais. A nota fiscal deverá estar apensa à fatura para fins de conferência e cobrança.

7.2.1. Na nota fiscal mencionada deve constar o nome do paciente para o qual o OPME foi destinado.

7.2.2. *Referente aos produtos implantáveis deve ser garantida pela Credenciada a adequada rastreabilidade, conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1804/2006 e RDC nº 14/2011 da ANVISA.*

7.2.3. Ressalta-se que para produtos implantáveis é necessário a apresentação da etiqueta de rastreabilidade/invólucros, conforme previsto nas resoluções mencionadas no subitem anterior.

7.3. É admitida a possibilidade de negociação entre as partes, com relação tanto à redução da margem de comercialização máxima de 15% (quinze por cento), quanto à redução no preço final do material em questão.

7.4. Em relação a OPME, o profissional requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

7.5. Se por algum motivo o médico assistente não concorde com o fornecedor autorizado, para a troca de fornecedor, deverá anexar justificativa técnica para a troca (datada, carimbada e assinada pelo médico responsável);

7.6. Com relação a utilização de fios cirúrgicos, serão utilizados os valores da revista SIMPRO 109/Abril/Maio de 2017, sem a margem de comercialização. Caso não conste na Tabela SIMPRO, adotar regramento supracitado.

7.7. Quando da utilização de OPME, vale destacar que é obrigatória a apresentação dos invólucros para fins de auditoria concorrente (*in loco*) das Órteses e Próteses que possuem invólucros.

7.8. Os Stents Farmacológicos e Convencionais serão remunerados, respectivamente, pelos valores de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) e R\$ 2.900,00 (dois mil e novecentos reais).

7.9. Quando o material for fornecido pelo CREDENCIANTE, será devido por parte do CREDENCIADO o pagamento de uma taxa de manutenção e guarda, correspondente a até quinze por cento (15%) sobre o valor de Nota Fiscal ou valor homologado na Licitação dos materiais adquiridos pelo contratante.

7.10. Deverá ser priorizado o uso de OPME adquirido e fornecido pelo CREDENCIANTE (HNRe), porém em caso de indisponibilidade de tal fornecimento será utilizado o OPME fornecido pelo CREDENCIADO. Os materiais eventualmente fornecidos pelo Hospital Naval de Recife devem ser provenientes de fornecedor com autorização de funcionamento (AFE - Emitida pela ANVISA).

7.11. Para todo e qualquer OPME de valor monetário superior a R\$ 800,00 (oitocentos reais) necessita-se de aprovação prévia do CREDENCIANTE.

7.12. A partir de um valor mínimo de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais), os itens de OPME serão também objeto de regulação/autorização pela CREDENCIANTE.

7.13. Deve ser evitada a substituição ou troca de OPME autorizado, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico, devendo ser feita a devida justificativa técnica e atualização do orçamento com a correspondente autorização. Falhas administrativas por parte da CREDENCIADA não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa dos valores excedentes ao orçamento autorizado.

7.14. Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica a CREDENCIADA deverá necessariamente comunicar ao CREDENCIANTE em até cinco dias úteis, sob pena de glosa concernente ao material utilizado.

7.15. A troca será aceita somente com apresentação de justificativa técnica fornecida pela CREDENCIADA, após análise da Auditoria do CREDENCIANTE.

7.16. Não poderá ser cobrada nenhuma taxa de comercialização/administração nos OPME elencados nas tabelas referenciais do HNRe.

8. DIETA ENTERAL, PARENTERAL E SUPLEMENTOS ALIMENTARES

8.1. As Dietas Enterais, Parenterais e Suplementos Alimentares serão remunerados conforme o regramento contido na TABELA HNRe DE DIETAS.

TABELA HNRe DE DIETAS		
ITEM	PRODUTO	VALOR ADOTADO
1	NUTRINI ENERGY MULTI FIBER SF 500ML - DANONE	R\$ 345,40

2	NUTRINI MAX MF FRASCO 500ML	R\$ 105,06
3	NUTRINI PEPTI PACK/SF 500ML- DANONE	R\$ 438,16
4	NUTRINI STANDARD (STD) PACK/ SF 500ML	R\$ 212,48
5	FORTINI NEUTRO LATA 400 G	R\$ 105,72
6	FORTINI MULTI FIBER 200ML	R\$ 70,32
7	NUTREN JR 400G	R\$ 87,68
8	PEPTAMEN JR. PÓ 400G - NESTLÉ	R\$ 299,80
9	PEPTAMEN JR. TETRA PRISMA 250ML	R\$ 109,77
10	IMPACT SF 1000ML - NESTLÉ	R\$ 680,15
11	IMPACT 1.5 SF1000ML - NESTLÉ	R\$ 908,45
12	NOVASOURCE GC - SA - 1000 ML - NESTLÉ	R\$ 569,51
13	NOVASOURCE GC - SF - 1000 ML - NESTLÉ	R\$ 632,24
14	NOVASOURCE GC HP SF 1000 ML	R\$ 630,38
15	NUTRISON ADVANCED (ADV) PROTISON 500ML - DANONE	R\$ 541,96
16	NUTRISON ENERGY 1.5 SA 1000ML - DANONE	R\$ 368,30
17	NUTRISON ENERGY 1,5 SF 1000ML -DANONE	R\$ 598,05
18	NUTRISON 1.0 STANDARD SF 1000ML	R\$ 177,07
19	NUTRISON ADVANCED DIASON ENERGY HP SF 1000ML - DANONE	R\$ 1.109,64
20	NUTRISON ADVANCED DIASON SF 1000ML	R\$ 708,28
21	NUTRISON ADVANCED CUBISON SF 1000ML	R\$ 666,87
22	NUTRISON ENERGY MF SF 1000ML	R\$ 354,14
23	NUTRISON PROTEIN PLUS ENERGY 1.5 SF 1000ML	R\$ 736,61
24	PEPTAMEN 1,5 SF - 1000 ML - NESTLÉ	R\$ 671,92
25	PEPTAMEN AF SF 1000 ML - NESTLÉ	R\$ 707,51
26	FRESUBIN HEPA 500ML SF 500 ML	R\$ 212,48
27	FRESUBIN ENERGY FIBRE SF 1000 ML	R\$ 688,30
28	FRESUBIN ENERGY SF 1000 ML	R\$ 747,07
29	FRESUBIN ENERGY SF 500 ML	R\$ 434,28
30	FRESUBIN HP ENERGY SF 1000 ML	R\$ 699,52
31	FRESUBIN ORIGINAL FIBRE SF 1000ML	R\$ 517,86
32	FRESUBIN ORIGINAL SF 1000 ML	R\$ 355,08
33	NUTRISON PROTEIN PLUS MF SF 1000 ML	R\$ 677,37
34	NUTRISON SOYA 800G	R\$ 202,55

35	CUBITAN 200 ML - DANONE	R\$ 74,70
36	ENSURE PÓ BAUN.400G - ABBOT	R\$ 72,76
37	FORTICARE 125 ML - DANONE	R\$ 115,68
38	ENSURE PLUS ADVANCE 220 ML - ABBOT	R\$ 39,09
39	GLUCERNA PÓ BAUNILHA 400G - ABBOT	R\$ 86,04
40	GLUCERNA 1.5 200ML - ABBOT	R\$ 41,31
41	NUTRIDRINK COMPACT PROTEIN 125ML	R\$ 82,63
42	NUTREN SÊNIOR 370G - NESTLÉ	R\$ 82,63
43	NUTREN SÊNIOR 200ML - NESTLÉ	R\$ 39,97
44	DIASIP BAUNILHA 200ML - DANONE	R\$ 78,66
45	FRESUBIN 2KCAL CREME 125G - FRESENIUS KABI	R\$ 47,21
46	FRESUBIN 2.0 KCAL DRINK 200ML - FRESENIUS KABI	R\$ 59,02
47	FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK 200ML	R\$ 73,75
48	FRESUBIN PROTEIN POWDER 300 G	R\$ 183,55
49	FRESUBIN JUCY DRINK 200ML - FRESENIUS KABI	R\$ 47,21
50	IMPACT 200ML - NESTLÉ	R\$ 50,43
51	NUTRI RENAL 200ML TETRA PACK - NUTRIMED	R\$ 52,90
52	NUTRI DEXTRIN (CARBOIDRATO) 400G - DANONE	R\$ 87,76
53	RESOURCE GLUTAMINA SACHE - NESTLÉ	R\$ 21,48
54	RESOURCE PROTEIN 240GRS (PROTEÍNA) - NESTLÉ	R\$ 248,69
55	RESOURCE FIBER MAIS SACHÊ 5G (FIBRA) - NESTLÉ	R\$ 5,52
56	RESOURCE FIBER MAIS FLORA SACHÊ 5G (SIMBIÓTICO) - NESTLÉ	R\$ 19,15
57	RESOURCE THICKEN-UP CLEAR SACHÊ 1,20G (ESPESSANTE)- NESTLÉ	R\$ 6,39
58	SIMFORT (SIMBIÓTICO) - VITAFOR	R\$ 16,02
59	WHEY PROTEIN ISOLATE SACHÊ15G (PROTEÍNA) - VITAFOR	R\$ 17,70
60	THICK & EASY SACHÊ - 9 G (ESPESSANTE) - FRESENIUS KABI	R\$ 17,33
61	THICKEN-UP QUENCH SACHÊ 1,6G (ESTIMULANTE SALIVAÇÃO) - NESTLÉ	R\$ 7,74

8.2. Caso a dieta não conste na TABELA HNRe DE DIETAS, deverá ser precificada conforme os valores contidos na tabela BRASÍNDICE nº 850, de abril de 2016, com deflator/redutor de 40% (quarenta por cento).

8.3. Exige-se a aprovação/autorização prévia do CREDENCIANTE para o uso dessas dietas e suplementos.

8.4. Em conformidade com a RDC nº 216/2004 e RDC nº 160/2017, ambas da ANVISA, não cabe cobrança de margem de comercialização ou qualquer taxa sobre o valor descrito no BRASÍNDICE.

9. GASOTERAPIA

9.1. Os gases medicinais serão remunerados conforme a TABELA HNRe DE GASOTERAPIA.

TABELA HNRe DE GASOTERAPIA			
ITEM	DESCRIÇÃO	PORTE 1	PORTE 2
1	NEBULIZAÇÃO SIMPLES POR SESSÃO (INTERNAÇÃO) (inclusos materiais, medicamentos e gases) – DIVISÍVEL POR FRAÇÃO DE 20min	R\$ 21,47	R\$ 21,17
2	NEBULIZAÇÃO SIMPLES POR SESSÃO (EMERGÊNCIA) (inclusos materiais, medicamentos e gases) - DIVISÍVEL POR FRAÇÃO DE 20min	R\$ 24,13	R\$ 22,34
3	OXIGÊNIO – HORA - DIVISÍVEL POR FRAÇÃO DE 20min	R\$ 24,35	R\$ 23,30
4	OXIGÊNIO + AR COMPRIMIDO – HORA - DIVISÍVEL POR FRAÇÃO DE 20min	R\$ 37,88	R\$ 35,35
5	ÓXIDO NITROSO – HORA - DIVISÍVEL POR FRAÇÃO DE 20min	R\$ 60,99	R\$ 58,02
6	PROTÓXIDO DE AZOTO– HORA - DIVISÍVEL POR FRAÇÃO DE 20min	R\$ 62,60	R\$ 58,47

9.2. As taxas referentes aos itens constantes da Tabela HNRe de Gases poderão ser fracionadas por períodos de 20 minutos, pagando-se o valor proporcional ao acima apresentado.

9.3. A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme prescrição médica e registro em prontuário.

9.4. Para pacientes em uso de oxigênio, o valor a ser pago por hora será aquele constante na referida tabela, aplicando-se redutor de 10% a partir do 20º dia de internação hospitalar.

10. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E RADIOFÁRMACOS

10.1. Em conformidade com a Resolução da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) nº 03/2009 e da Orientação Interpretativa CMED nº 5/2009, Os **medicamentos de uso geral e de uso restrito hospitalar** serão remunerados utilizando o Preço de Fábrica dos valores publicados e atualizados no Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, acrescido de 30% (trinta por cento), referente à taxa de serviço de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição, cabendo ao CREDENCIANTE glosar valores iguais ou superiores ao PMC.

10.2. Serão pagos, preferencialmente, medicamentos genéricos, admitindo-se a utilização de medicamentos de referência mediante justificativa médica destes ou similar. Nesse sentido, ao médico auditor da CREDENCIANTE caberá a autorização prévia ou mesmo ratificação posterior ao uso do medicamento não genérico. Admite-se que os medicamentos sejam faturados conforme o fracionamento prescrito e a efetiva administração, exceto para drogas sem

estabilidade após o preparo que serão pagas integralmente, independente da fração prescrita e/ou administrada.

10.3. Os quimioterápicos serão remunerados conforme dose fracionada prescrita e consumida, exceto para drogas sem estabilidade após preparo que serão pagas integralmente. Para os **medicamentos quimioterápicos e imunobiológicos** a remuneração corresponde ao preço de fábrica – PF do Guia Farmacêutico BRASÍNDICE acrescido de 20% (vinte por cento) referente à taxa de armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição.

10.4. Para medicamentos de valor monetário unitário superior a R\$ 800,00 (oitocentos reais) necessita-se de aprovação/autorização do CREDENCIANTE.

10.5. Antibióticos e antifúngicos serão objeto de autorização pela Auditoria concorrente, mediante justificativa clínica e/ou laboratorial junto à equipe assistencial do Credenciado.

10.6. Para quimioterápicos e imunobiológicos, independente do valor, será necessário autorização prévia da Credenciante, sendo necessária a apresentação do respectivo orçamento.

10.7. Os **contrastes/radiofármacos** serão pagos pelo valor atualizado no Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, sem que haja incidência de acréscimos de valores, taxa de serviço e/ou margem de comercialização.

11. PROCEDIMENTOS MÉDICOS E PARECERES

11.1. Os honorários Médicos e procedimentos cirúrgicos terão os valores para pagamento a ser calculados pela Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), edição de 2016, com deflator de 10% nos portes, com valor da UCO de R\$14,23 (quatorze reais e vinte e três centavos). As especialidades de Anestesiologia, Cardiologia e Ginecologia e Obstetrícia possuem Tabelas de honorários específicas.

TABELA DE PORTES - CBHPM 2016 com deflator de 10%							
1A	R\$ 15,64	4C	R\$ 287,34	8B	R\$ 743,79	12A	R\$ 1.721,29
1B	R\$ 31,28	5A	R\$ 309,33	8C	R\$ 789,15	12B	R\$ 1.850,53
1C	R\$ 46,93	5B	R\$ 334,09	9A	R\$ 838,66	12C	R\$ 2.267,09
2A	R\$ 62,58	5C	R\$ 354,70	9B	R\$ 917,02	13A	R\$ 2.495,31
2B	R\$ 82,49	6A	R\$ 386,33	9C	R\$ 1.010,48	13B	R\$ 2.737,29
2C	R\$ 97,61	6B	R\$ 424,84	10A	R\$ 1.084,74	13C	R\$ 3.027,38
3A	R\$ 133,38	6C	R\$ 464,70	10B	R\$ 1.175,48	14A	R\$ 3.373,83
3B	R\$ 170,43	7A	R\$ 501,82	10C	R\$ 1.304,70	14B	R\$ 3.670,80
3C	R\$ 195,23	7B	R\$ 555,44	11A	R\$ 1.380,33	14C	R\$ 4.048,88
4A	R\$ 232,34	7C	R\$ 657,16	11B	R\$ 1.513,69		
4B	R\$ 254,35	8A	R\$ 709,42	11C	R\$ 1.660,81		

11.2. Para o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), exceto para exames laboratoriais, será adotada a tabela CBHPM, ano 2014, com valor de UCO de R\$ 14,23.

TABELA DE PORTES - SADT - CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49	4C	R\$ 266,16	8B	R\$ 688,94	12A	R\$ 1.594,37
1B	R\$ 28,97	5A	R\$ 286,52	8C	R\$ 730,96	12B	R\$ 1.714,08
1C	R\$ 43,47	5B	R\$ 309,45	9A	R\$ 776,82	12C	R\$ 2.099,93
2A	R\$ 57,96	5C	R\$ 328,54	9B	R\$ 849,41	13A	R\$ 2.311,33

2B	R\$ 76,40	6A	R\$ 357,84	9C	R\$ 935,98	13B	R\$ 2.535,46
2C	R\$ 90,42	6B	R\$ 393,51	10A	R\$ 1.004,76	13C	R\$ 3.804,16
3A	R\$ 123,55	6C	R\$ 430,43	10B	R\$ 1.088,81	14A	R\$ 3.125,07
3B	R\$ 157,87	7A	R\$ 464,82	10C	R\$ 1.208,51	14B	R\$ 3.400,15
3C	R\$ 180,83	7B	R\$ 514,48	11A	R\$ 1.278,56	14C	R\$ 4.750,34
4A	R\$ 215,22	7C	R\$ 608,70	11B	R\$ 1.402,08		
4B	R\$ 235,60	8A	R\$ 657,11	11C	R\$ 1.538,35		

11.3. FILME - Para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e procedimentos nos quais há previsão de filme, o valor a ser pago por metro quadrado será de R\$ 25,72 (vinte e cinco reais e setenta e dois centavos).

11.4. Os atos médicos praticados em caráter de urgência terão acréscimo de trinta por cento 30% (trinta por cento) em seus portes, sendo considerada urgência as ocorrências descritas a seguir:

- a) aquelas ocorridas no período compreendido entre 19h e 7h;
- b) em qualquer horário nos sábados, domingos e feriados; e
- c) ao ato médico iniciado em período normal e concluído no período de urgência, quando mais da metade do procedimento for realizado no período de urgência.

11.5. A regra acima não se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados em OSE credenciada, cujo horário é definido pelo médico conforme sua agenda ou conveniência, bem como nos procedimentos eletivos que porventura ocorram em horário considerado de urgência.

11.6. 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 para o conjunto.

11.7. 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.

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

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

11.9. 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.

11.10. 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.

11.11. Visita hospitalar: 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 da CREDENCIANTE, para autorização. Havendo necessidade do

parecer de profissional de outra especialidade distinta da especialidade que motivou a indicação da especialidade de internação do paciente, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a necessidade da avaliação e parecer e/ou acompanhamento de outro médico especialista.

11.11.1. Não serão pagas, para um mesmo dia, visitas do médico assistente e médico diarista.

11.12. PARECERES – Os pareceres dados a pacientes internados em OSE credenciada, serão remunerados conforme porte 3B da Tabela de Portes deste referencial.

11.13. Os pareceres a pacientes internados de especialidades de alta referência ou de especialidades de escassa disponibilidade em OSE Hospitalar como Geriatria, Psiquiatria e Genética, serão remunerados num valor de R\$ 390,00, mediante autorização prévia da Credenciante.

11.14. Nos Honorários do Plantonista de UTI, estão excluídos: diálises, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Caso seja necessário efetuar qualquer um dos mencionados procedimentos médicos, será pago conforme regramento mencionado previamente. Estão incluídos nos honorários do plantonista: Entubação, punção venosa (INTRACATH), Monitorização Cardioscópica, Assistência Ventilatória, Desfibrilação, Cardioversão, Prescrição, Evolução e atendimentos das intercorrências.

11.15. Ginecologia: faz parte da consulta na especialidade de Ginecologia, os seguintes procedimentos: anamnese e exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos e inspeção direta do colo uterino por meio do espelho vaginal.

11.15.1. Os procedimentos descritos abaixo terão a remuneração relativa ao cirurgião principal conforme indicado na Tabela:

GINECOLOGIA			
ITEM	PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR ADOTADO
1	Mastectomia radical ou radical modificada	30602149	R\$ 1.306,09
2	Quadrantectomia e linfadectomia axilar	30602190	R\$ 1.018,91
3	Incontinência urinária – sling vaginal ou abdominal	31103332	R\$ 730,18
4	Incontinência urinária com ou sem colpoplastia anterior	31103375	R\$ 931,84
5	Biopsia do colo uterino	31303021	R\$ 91,65
6	Histerectomia total – qualquer via	31303102	R\$ 1.205,27
7	Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral (via alto baixo)	31303129	R\$ 1.306,09
8	Miomectomia uterina	31303145	R\$ 931,84
9	Histeroscopia com ressectoscópio	31303188	R\$ 930,00
10	Laparoscopia ginecológica com ou sem biopsia	31307060	R\$ 788,24
11	Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico via laparoscopia	31307183	R\$ 1.313,61
12	Assistência trabalho de parto por hora (até o limite de 06 horas)	31309038	R\$ 216,92
13	Cesariana (feto único)	31309054	R\$ 826,43
14	Parto via vaginal	31309127	R\$ 876,83
15	Mastectomia simples	30602157	R\$ 903,95
16	Marsupializacao da glandula de bartholin	31301118	R\$ 216,92

17	Colpoplastia posterior com perineorrefia	31302050	R\$ 617,15
18	Curetagem ginec semiot e/ou terapeutica c/ou sem dilatação do colo	31303056	R\$ 258,16
19	Histerectomia pós parto	31303323	R\$ 1.075,80
20	Curetagem pós abortamento	31309062	R\$ 258,16
21	Cauterização química por grupo de até 5 lesões	30101107	R\$ 68,20
22	Colposcopia (cervice uterina e vaginal)	41301102	R\$ 97,89
24	Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico vaginal	40601137	R\$ 60,57
25	Vulvosscopia	41301374	R\$ 79,75

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

11.17. Psiquiatria: a assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar. Em regime ambulatorial, o beneficiário tem direito a consulta - uma a cada quinze dias para efeito de cobrança - e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a duas sessões semanais por beneficiário. Em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação (limitado a 30 dias) e nome do hospital/OSE credenciada. Estão previstas até três visitas hospitalares semanais para pacientes crônicos e até uma por dia para pacientes graves.

11.18. Procedimentos anestésicos: os valores abaixo elencados serão pagos de acordo com os respectivos portes e acomodações indicados na Tabela de Anestesiologia:

ANESTESIOLOGIA		
PORTES	VALORES ADOTADOS ENFERMARIA	VALORES ADOTADOS APARTAMENTO
0	* ANESTESIA LOCAL	* ANESTESIA LOCAL
1	R\$ 406,86	R\$ 813,72
2	R\$ 652,63	R\$ 1.305,26
3	R\$ 1.021,26	R\$ 2.042,52
4	R\$ 1.635,66	R\$ 3.271,32
5	R\$ 2.127,18	R\$ 4.254,36
6	R\$ 2.741,58	R\$ 5.483,16
7	R\$ 3.233,10	R\$ 6.466,20
8	R\$ 3.724,62	R\$ 7.449,24

11.18.1. Consulta pré-anestésica: R\$ 208,72 (duzentos e oito reais e setenta e dois centavos)

11.18.2. *Anestesia Local - Conforme previsto pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, o porte 0 (zero) significa "não participação

do anestesiolista". Quando houver necessidade de participação do concurso de anestesiolista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos nesta Classificação, a remuneração desse especialista será equivalente ao estabelecido para o porte três, sendo admissível negociação para cobrança de menor valor diretamente com Credenciado. Os portes Anestésicos supramencionados seguirão o preconizado na CBHPM-2018.

11.18.3. Caso a instituição Hospitalar credenciada não disponha de acomodação de acordo com a que faz jus o usuário e o internar em acomodação superior, os honorários de anestesiologia não poderão ser cobrados pelo valor da acomodação em que o usuário estiver, e sim pela acomodação cabível ao usuário indicada na GAU.

11.19. Procedimentos em Cardiologia, Hemodinâmica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca Artificial - Os procedimentos descritos abaixo terão a remuneração relativa ao cirurgião principal e auxiliares conforme indicado na Tabela:

HEMODINÂMICA			
ITEM	PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR ADOTADO
1	Cateterismos de Câmaras D-E + Cinecoronariografia	30911079	R\$ 1.683,55
2	Cateterismo de Câmaras D-E + Cinecoronariografia e de Revascularização Cirúrgica do Miocárdio	30911052	R\$ 2.021,67
3	Cateterismo E e/ou D com cinecoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros	30911087	R\$ 1.817,38
4	Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)	30912105	R\$ 3.856,67
5	ATP de bifurcação e de tronco com implante de stent	30912261	R\$ 5.470,05
6	Angioplastia transluminal coronária de múltiplos vasos + implante de stents	30912032	R\$ 5.088,06
7	Recanalização arterial no IAM - angioplastia primária com implante de stent c/ ou s/ suporte circulatório (BIA)	30912180	R\$ 6.701,45
8	Cateterismo no IAM (502%)	30911079	R\$ 1.683,55
9	TOTAL: Cateterismo + ACTP com stent (IAM)	XXX	R\$ 8.385,00
10	Valvuloplastia percutânea por via transeptal	30912253	R\$ 3.856,67
11	Marcapasso temporário à beira do leito	30904099	R\$ 908,70
12	Colocação de balão intra-aórtico	30905010	R\$ 476,84
13	Estudo ultrassonográfico intravascular	30911141	R\$ 1.683,55
14	Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções (cateter ou guia)	30911028	R\$ 792,45
15	Cateterismo de câmaras D-E com ou sem cineangiografia com avaliação da reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica	30911044	R\$ 2.008,01
16	Cateterismo cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar	30911060	R\$ 792,45
17	Cateterismo cardíaco esquerdo e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos	30911095	R\$ 792,45

18	Cateterismo cardíaco esquerdo e estudo por via transeptal	30911109	R\$ 792,45
19	Estudo hemodinâmico das cardiopatias congênitas estruturalmente complexas	30911125	R\$ 2.256,70
20	Estudo hemodinâmico de cardiopatias congênitas e/ou valvulopatias com ou sem cinecoronariografia ou oximetria	30911133	R\$ 2.038,44
21	Atriosseptostomia por balão	30912059	R\$ 2.270,56
22	Atriosseptostomia por lâmina	30912067	R\$ 3.011,38
23	Emboloterapia	30912075	R\$ 3.011,38
24	Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou em angioplastia	30912091	R\$ 4.599,95
25	Oclusão percutânea de "shunts" intracardíacos	30912121	R\$ 5.336,77
26	Oclusão percutânea de fístulas e/ou conexões sistêmico-pulmonares	30912130	R\$ 4.144,35
27	Oclusão percutânea de canal arterial	30912148	R\$ 4.144,35
28	Implante transcatereter - TAVI	30912296	R\$ 21.186,70
29	Valvuloplastia percutânea por via arterial ou venosa	30912245	R\$ 3.545,17
CIRURGIA CARDIOVASCULAR			
ITEM	PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR ADOTADO
1	Revascularização do miocárdio (RVM)	30903025	R\$ 19.310,00
2	Tratamento cirúrgico valvar	30902053	R\$ 18.140,12
3	Aneurisma de VE	30903017	R\$ 18.140,12
4	Multivalvar	30902029	R\$ 20.627,07
5	RMV + Troca Valvar	30903025/ 30902053	R\$ 24.576,92
6	RMV + aneurisma de VE	30903025 / 30903017	R\$ 24.576,92
7	Aneurisma dissecções torácicas	30906083	R\$ 27.818,10
8	Aneurisma + RMV e/ou troca valvar	30906083 / 30903025 / 30902053	R\$ 32.505,23
9	Cardiopatía congênita s/CEC	30901103	R\$ 17.679,64
10	Cardiopatía congênita simples	30901073	R\$ 18.140,12
11	Cardiopatía congênita complexa	30901090	R\$ 29.024,18
CIRURGIA TORÁCICA			
ITEM	PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR ADOTADO
1	Lobectomia pulmonar	30803004	R\$ 11.033,77
2	Pneumectomia (pneumonectomia)	30803004	R\$ 11.033,77

3	Segmentectomia (qualquer técnica)	30803004	R\$ 11.033,77
4	Bulectomia unilateral	30803004	R\$ 11.033,77
5	Metastasectomia unilateral	30803004	R\$ 11.033,77
6	Cirurgia redutora do volume unilateral (qualquer técnica)	30803004	R\$ 11.033,77
7	Embolectomia pulmonar	30803004	R\$ 11.033,77
8	Tromboendarterectomia pulmonar	30803004	R\$ 11.033,77
9	Correção de fístula bronco - pleural (qualquer técnica)	30803004	R\$ 11.033,77
10	Cisto pulmonar congênito - tratamento cirúrgico	30803004	R\$ 11.033,77
11	Pneumografia	30803136	R\$ 5.516,88
12	Pneumostomia (cavernostomia) com constrectomia e estoma cutâneo - cavitário	30803136	R\$ 5.516,88
13	Posicionamento de agulhas radiativas por toracotomia (braquiterapia)	30803136	R\$ 5.516,88
14	Drenagem tubular aberta de cavidade pulmonar	30803136	R\$ 5.516,88
15	Ressecção de tumor de mediastino	30805007	R\$ 10.243,73
16	Timectomia (qualquer via)	30805007	R\$ 10.243,73
17	Ressecção de bócio intratorácico	30805007	R\$ 10.243,73
18	Linfadenectomia mediastinal	30805007	R\$ 10.243,73
19	Ligadura do ducto - torácico (qualquer via)	30805007	R\$ 10.243,73
20	Ligaduras artérias brônquicas p/ controle de hemoptise por toracotomia	30805007	R\$ 10.243,73
21	Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica tratamento cirúrgico	30805007	R\$ 10.243,73
22	Tratamento cirúrgico da mediastinite (qualquer via)	30805007	R\$ 10.243,73
23	Retirada de corpo estranho mediastino	30805236	R\$ 6.293,54
24	Mediastinoscopia, via cervical	30805236	R\$ 6.293,54
25	Mediastinoscopia via paraesternal, transesternal, cervical	30805236	R\$ 6.293,54
26	Biópsia de tumor do mediastino (qualquer via)	30805236	R\$ 6.293,54
27	Decorticação pulmonar (pleura)	30804000	R\$ 7.900,38
28	Ressecção de tumor da pleura	30804000	R\$ 7.900,38
29	Pleurectomia	30804000	R\$ 7.900,38
30	Pleurodese (qualquer técnica)	30804000	R\$ 7.900,38
31	Pleuroscopia	30804000	R\$ 7.900,38
32	Tratamento operatório da hemorragia intrapleural	30804000	R\$ 7.900,38
33	Pleurostomia (qualquer via)	30804205	R\$ 4.686,67
34	Repleção da cav. pleural c/ solução de ATB para tratamento de empiema	30804205	R\$ 4.517,28
35	Tenda pleural	30804205	R\$ 4.517,28
36	Simpatectomia	31403344	R\$ 7.900,38

37	Toracoplastia (qualquer técnica)	30601002	R\$ 7.900,38
38	Reconstrução de parede torácica	30601002	R\$ 7.900,38
39	Esternectomia (total)	30601002	R\$ 7.900,38
40	Toracectomia	30601002	R\$ 7.900,38
41	Correção de deformidades da parede torácica	30601002	R\$ 7.900,38
42	Implante de marca-passo diafragmático definitivo	30806046	R\$ 5.376,84
43	Eventração diafragmática - tratamento cirúrgico	30806003	R\$ 9.373,72
44	Hérnia diafragmática - tratamento cirúrgico	30806003	R\$ 9.373,72
45	Ressecção de tumor do diafragma e reconstrução	30806003	R\$ 9.373,72
46	Ressecção de tumor traqueal	30801001	R\$ 10.753,69
47	Fístula tráqueo-esofágica tratamento cirúrgico via torácica	30801001	R\$ 10.753,69
48	Traqueoplastia (qualquer via)	30801001	R\$ 10.753,69
49	Tratamento cirúrgico da estenose laringo-traqueal	30801001	R\$ 10.753,69
50	Colocação de prótese traqueal ou traqueobrônquica	30801028	R\$ 5.516,88
51	Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica	30801028	R\$ 5.516,88
52	Fechamento de fístula traqueocutânea	30801028	R\$ 5.516,88
53	Ressecção carinal (traqueobrônquica)	30802008	R\$ 11.033,77
54	Broncotomia e/ou broncorrafia	30802008	R\$ 11.033,77
55	Broncoplastia e/ou arterioplastia	30802008	R\$ 11.033,77
56	Implante de CVC p/ punção, hemodepuração, infusão soros/drogas	30913012	R\$ 1.580,07
57	Punção pleural com ou sem biopsia	30804019	R\$ 1.590,10
58	Toracostomia com drenagem pleural fechada	30804132	R\$ 1.590,10
59	Traqueostomia com colocação de órtese ou prótese traqueal	30801109	R\$ 5.193,78
60	Traqueostomia para troca de cânula	30801095	R\$ 1.580,07
61	Laringoscopia/traqueostomia para diagnóstico e biopsia com aparelho flexível	40202437	R\$ 2.584,35
62	Laringoscopia com retirada de corpo estranho de laringe/faringe (tubo flexível)	40202437	R\$ 2.584,35
63	Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)	40202437	R\$ 2.584,35
64	Retirada de corpo estranho no brônquio ou brônquico	40202437	R\$ 2.584,35
65	Laringoscopia/traqueoscopia com exérese de pólipos/nódulos/papiloma	40202399	R\$ 5.021,42
66	Laringoscopia/traqueoscopia com laser para exérese de papiloma/tumor	40202399	R\$ 5.021,42
67	Retirada de tumor ou papiloma por broncoscopia	40202399	R\$ 5.021,42
68	Desobstrução brônquica com laser ou eletrocautério	40202399	R\$ 5.021,42

69	Laringoscopia /traqueoscopia para diagnóstico e biópsia com aparelho flexível	40201031	R\$ 2.276,40
70	Broncoscopia com biópsia transbrônquica	40201031	R\$ 2.276,40
71	Broncoscopia com ou sem biópsia transbrônquica ou lavabo brônquico bilateral	40201031	R\$ 2.276,40
72	Broncoscopia com biópsia transbrônquica com aparelho radioscópico	40201031	R\$ 2.276,40
73	Desobstrução brônquica por broncoaspiração	40202160	R\$ 5.423,14
74	Dilatação de estenose laringotraqueobrônquica	40202160	R\$ 5.423,14
75	Colocação de prótese traqueal ou brônquica	40202160	R\$ 5.423,14
76	Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica, por via endoscópica (tubo de silicone ou metálico)	40202160	R\$ 5.423,14
77	Colocação de cateter para braquiterapia endobrônquica	40202100	R\$ 2.878,95
78	Laringoscopia/traqueoscopia para intubação oro ou nasotraqueal	40202445	R\$ 2.878,95
79	Broncoscopia com biópsia transbrônquica com acompanhamento radioscópio	40202054	R\$ 2.878,95
80	Ecoendoscopia com punção por agulha	40202240	R\$ 2.878,95

ELETROFISIOLOGIA

ITEM	PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR ADOTADO
1	Estudo eletrofisiológico - Mapeamento eletroeletrônico - do sistema de condução com ou sem ação farmacológica	30911117	R\$ 3.133,70
2	Mapeamento de feixes anômalos e focos ectópicos por eletrofisiologia intracavitária, com provas	30911150	R\$ 3.354,33
3	Mapeamento eletroanatômico tridimensional	30908030	R\$ 3.972,42
4	Avaliação do limiar de desfibrilação ventricular	30918049	R\$ 942,39
5	Punção saco pericárdico com introdução de cateter multipolar no espaço pericárdico	30921156	R\$ 1.265,41
6	Punção transeptal com introdução de cateter multipolar nas câmaras esquerdas e/ou veias pulmonares	30912164	R\$ 1.279,70
7	Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência	30912016	R\$ 7.581,04
8	Ablação percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (fibrilação atrial, taquicardia ventricular, com modificação de cicatriz, taquicardia atriais macroentrantes com modificação de cicatriz) por energia de radiofrequência	30918081	R\$ 11.566,35

ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL			
ITEM	PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR ADOTADO
1	Implante de marca-passo bicameral (gerador + eletrodo atrial ventricular)	30904145	R\$ 6.810,87
2	Implante de marca-passo monocameral (gerador + eletrodo atrial e ventricular)	30904137	R\$ 5.394,32
3	Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos	30904021	R\$ 15.790,51
4	Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio	30904064	R\$ 16.302,55
5	Trocar gerador	30904129	R\$ 5.394,32
6	Recolocação de eletrodo / gerador com ou sem troca unidas	30904102	R\$ 5.394,20
7	Retirada do sistema (não aplicável na troca do gerador)	30904110	R\$ 4.822,11
8	Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca-passo ou sincronizador ou desfibrilador	20101201	R\$ 467,41
9	Implante de eletrodo atrial	30904030	R\$ 1.906,74
10	Implante de eletrodo ventricular	30904056	R\$ 1.907,04
11	Implante de eletrodo ventricular e atrial	30904048	R\$ 2.097,75
12	Implante de marcapasso temporário à beira do leito	30904099	R\$ 1.361,25
13	Instalação de marcapasso epimiocárdio temporário	30904080	R\$ 1.789,19
14	Manutenção de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada - período de 6 horas	30913055	R\$ 3.299,82
15	Implante de cardiodesfibrilador multissítio - TRC-D	30904161	R\$ 27.381,38

11.19.1. Quando da realização de procedimentos que não constem na presente Tabela, os mesmos serão precificados de acordo com o regramento contido no item 11.1, inclusive os procedimentos de códigos 40101010, 40101037, 40101045, 40901076, 40901084, 40901092, 40901106 e 40901360.

11.20. Quando solicitado e autorizado procedimento que não consta na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM praticada, deve-se aplicar o porte previsto na próxima CBHPM, com valores de porte e UCO conforme estabelecido neste Referencial.

12. CONSULTAS MÉDICAS

12.1. As Consultas Médicas Ambulatoriais em horário normal e preestabelecido, e de Pronto Socorro/Emergência serão remuneradas conforme TABELA HNRe DE CONSULTA MÉDICAS.

TABELA DE CONSULTA MÉDICAS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Consultas médicas de forma geral	R\$ 104,88
2	Consulta cirurgia cardiológica, torácica, hemodinâmica	R\$ 125,00
3	Consulta em Ginecologia e Obstetrícia (15 dias de intervalo para obstetrícia)	R\$ 130,75

4	Consulta pediatria	R\$ 151,94
5	Consulta de Subespecialidade Pediátrica	R\$ 404,46
6	Consulta Psiquiatria	R\$ 180,00
7	Consulta Urgência Pediátrica	R\$ 99,84
8	Consulta urgência - outras especialidades	R\$ 72,61

12.1.1. O valor das consultas médicas em Pronto Socorro/Emergência quando realizadas no período compreendido entre as 19h e 7h, independente do dia, assim como nos feriados, sábados e domingos, independente do horário, terá acréscimo de trinta por cento 30% (trinta por cento), conforme previsto na CBHPM.

13. FISIOTERAPIA

13.1. A prestação dos serviços de Fisioterapia será remunerada conforme a tabela abaixo:

FISIOTERAPIA		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Avaliação fisioterapêutica	R\$ 67,00
2	Fisioterapia Respiratória (adulto e pediátrica)	R\$ 52,30
3	Fisioterapia Neurofuncional (adulto e pediátrica) independente ou parcialmente dependente ;	R\$ 45,00
4	Fisioterapia Neurofuncional (adulto e pediátrica) totalmente dependente	R\$ 68,02
5	Fisioterapia Traumatootopédica ou em Reumatologia (adulto e pediátrica) independente ou parcialmente dependente	R\$ 45,00
6	Fisioterapia Traumatootopédica ou em Reumatologia (adulto e pediátrica)totalmente dependente	R\$ 52,30
7	Fisioterapia Oculomotora	R\$ 62,40
8	Fisioterapia Uroginecológica ou pélvica (para casos de incontinência urinária e/ou fecal)	R\$ 125,65
9	Reabilitação Cardiopulmonar	R\$ 52,68
10	Reabilitação Vestibular e Labiríntica	R\$ 45,00
11	Fisioterapia aquática individual	R\$ 68,70
12	Fisioterapia aquática em grupo	R\$ 36,64
13	Pilates em grupo	R\$ 43,00
14	Drenagem linfática (para pós-operatório de mastectomia)	R\$ 65,30
15	Fisioterapia Hospitalar - Respiratória ou Motora	R\$ 45,15
16	Fisioterapia Hospitalar - Atendimento respiratório em ventilação mecânica	R\$ 51,45

13.2. Em caráter excepcional, pode ser autorizada a assistência fisioterapêutica além das indicações inicialmente previstas neste Referencial desde que:

- a) haja justificativa clínica fundamentada emitida por profissional médico assistente,

demonstrando a pertinência da conduta fisioterapêutica no caso específico;

b) seja observada a relação direta entre a condição do paciente e a possibilidade de benefício funcional ou terapêutico, com registro da avaliação e parecer emitido pelo Serviço de Fisioterapia deste Hospital Naval; e

c) seja analisada e autorizada pela DSM.

14. ACUPUNTURA

Acupuntura será remunerada somente para especialidade médica conforme a tabela abaixo:

ACUPUNTURA		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Consulta/ Avaliação/Sessão - Acupuntura	R\$ 98,96

15. TERAPIA OCUPACIONAL

A prestação dos serviços de Terapia Ocupacional será remunerada conforme tabela abaixo:

TERAPIA OCUPACIONAL		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Consulta/ Avaliação	R\$ 69,00
2	Atendimento Ambulatorial (sessão)	R\$ 53,55
3	Aplicação de testes (por sessão)	R\$ 104,00
4	Estimulação, treino e/ou resgate das atividades das áreas de desempenho ocupacional - sessão	R\$ 42,12
5	Tratamento dos componentes de desempenho ocupacional - consulta	R\$ 40,00
6	Realização de oficinas terapêuticas	R\$ 30,24
7	Atividades em grupo	R\$ 29,18

16. FONOAUDIOLOGIA

Ficam definidos os valores para os procedimentos listados abaixo:

FONOAUDIOLOGIA		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Consulta / anamnese / avaliação	R\$ 66,16
2	Sessão Individual	R\$ 65,00
3	Audiometria Tonal e Vocal	R\$ 80,00
4	Imitanciometria	R\$ 87,49
5	Audiometria Infantil Condicionada	R\$ 105,00
6	Audiometria Ocupacional ou de Seleção	R\$ 21,00
7	Videofluroscopia/Nasofibroscopia da deglutição	R\$ 105,00
8	Otoemissões acústicas	R\$ 97,20
9	Processamento Auditivo Central	R\$ 300,00

10	Testes vestibulares, com prova calórica e com eletroneistagmografia	R\$ 133,00
11	BERA	R\$ 299,93
12	Reabilitação labiríntica	R\$ 91,00
13	Sessão Hospitalar-Avaliação/Sessão	R\$ 45,15
14	Teste da Linguinha	R\$ 91,00

17. PSICOLOGIA

A remuneração ocorrerá conforme valores estabelecidos na tabela do referencial abaixo:

PSICOLOGIA		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Consulta Psicológica	R\$ 65,70
2	Orientação Psicopedagógica	R\$ 72,40
3	Psicomotricidade Individual	R\$ 70,90
4	Psicoterapia Individual	R\$ 76,86
5	Psicoterapia em casal	R\$ 79,30
6	Psicoterapia familiar	R\$ 83,00
7	Psicoterapia em grupo	R\$ 56,13
8	Ludoterapia Individual	R\$ 97,45
9	Ludoterapia em grupo	R\$ 79,30
10	Avaliação neuropsicológica (pacote de 5-10 sessões)	R\$ 1.200,00

18. ATENDIMENTO TERAPÊUTICO ESPECIALIZADO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

18.1. O atendimento terapêutico para PCD abrange terapias nas áreas de fisioterapia, psicologia, psicomotricidade, psicopedagogia, terapia ocupacional, Integração sensorial dentre outras, que comprovadamente envolvem técnicas/métodos terapêuticos especializados.

ATENDIMENTO TERAPÊUTICO ESPECIALIZADO PARA PCD		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Sessão - Atendimento terapêutico com técnicas ou metodologias específicas para PCD - Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoaudiologia, Psicopedagogia	R\$ 130,00
2	Sessão - Atendimento terapêutico com técnicas ou metodologias específicas para PCD - Psicomotricidade, Integração sensorial, TO.	R\$ 158,00

18.2. A autorização de enquadramento da terapia neste item de remuneração é realizada por profissionais da Credenciante, mediante análise do paciente e de relatórios médicos e de demais profissionais envolvidos, sendo estabelecido na GAU.

19. NUTRIÇÃO

A consulta com nutricionista será remunerada em R\$ 67,00 (sessenta e sete reais).

20. ANÁLISES CLÍNICAS E CITOPATOLOGIA

20.1. Utilizar-se-á a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), edição de 2016, comunicado de 18/10/2016, com deflator de 12% nos portes e valor da UCO de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos) como referência para remuneração dos serviços, inclusive para os casos considerados de emergência, em conformidade com o preconizado no Inciso 7.3. da DGPM-401 (4ª Revisão).

20.2. Para os exames que não estejam codificados na CBHPM-2016, serão aplicados os códigos da edição imediatamente seguinte em que os mesmos forem publicados, com os valores correspondentes ao Comunicado Oficial de 18/10/2016, com deflator de 12% no porte e considerando-se o valor da UCO de R\$ R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos).

20.3. Para a taxa de deslocamento para coleta externa, o valor será de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), mediante autorização prévia do credenciante. A referida taxa é devida para as coletas domiciliares em pacientes assistidos pelo SIAD, as quais deverão ser autorizadas previamente pelo CREDENCIANTE.

20.4. A taxa descrita na alínea anterior será paga pela CREDENCIANTE, não podendo ser cobrado qualquer valor ao usuário.

20.5. Exames com valor superior a R\$ 300,00 (trezentos reais) deverão ser autorizados pelo CREDENCIANTE e apresentados os correspondentes laudos para fins de auditoria.

20.6. REMUNERAÇÃO DE EXAMES TOXICOLÓGICOS

TABELA HNRe DE EXAMES TOXICOLÓGICOS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
1	PACOTE DE EXAMES TOXICOLÓGICOS	R\$ 139,00

20.6.1. O exame toxicológico deverá ser realizado em laboratório especializado e certificado pelo Órgãos Reguladores, na matriz biológica fâneros (cabelo, pelo ou raspas de unhas), com larga janela de detecção de no mínimo noventa dias, abrangendo, pelo menos, as seguintes substâncias psicoativas ilícitas: maconha, seus derivados e metabólitos; cocaína, seus derivados e metabólitos; anfetamina (metanfetamina, MDMA, MDEA e MDA), seus derivados e metabólitos; heroína (diacetilmorfina), seus derivados e metabólitos; LSD, seus derivados e metabólitos; e fenciclidina (PCP).

20.6.2. Em situações excepcionais mediante necessidade e comunicação prévia da CREDENCIANTE, a realização do exame de contraprova ocorrerá sem custos adicionais para a Marinha.

21. ODONTOLOGIA

21.1. A prestação dos serviços será remunerada de acordo com a Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos elaborada pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos, publicada no Diário Oficial da União em 06/09/2016 - VRPO 2016, com deflator de 12%.

21.1.1. Na tabela de referência, as etapas intermediárias constantes do tratamento já estão inclusas no custo dos procedimentos, não podendo o CREDENCIADO desmembrá-las e cobrá-las separadamente.

21.2. SERVIÇOS LABORATORIAIS DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA E ORTODONTIA - Será utilizada, como critério para remuneração a tabela abaixo.

TABELA HNRe DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA E ORTODONTIA		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	ESTRUTURA METÁLICA PARA PPR	R\$ 240,00
2	ACRILIZAÇÃO EM PPR	R\$ 260,00
3	ACRILIZAÇÃO EM PPR SEM ESTRUTURA METÁLICA	R\$ 257,50
4	ACRILIZAÇÃO PRÓTESE TOTAL INCOLOR	R\$ 385,33
5	ACRILIZAÇÃO PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	R\$ 434,67
6	PLANO DE CERA	R\$ 46,75
7	MONTAGEM DE DENTES	R\$ 113,00
8	PLACA MIORRELAXANTE	R\$ 253,25
9	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	R\$ 74,00
10	COROA METALOCERÂMICA	R\$ 289,90
11	COROA DE CERÂMICA	R\$ 508,66
12	MOLDEIRA INDIVIDUAL	R\$ 71,50
13	PROVISÓRIO EM RESINA ACRÍLICA (COROA)	R\$ 100,00
14	PLACA DE DENTE DE ESTOQUE - 3 CAMADAS	R\$ 65,00
15	CONCERTO DE PRÓTESE	R\$ 115,00
16	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE	R\$ 174,75
17	PLACA DE HAWLEY	R\$ 75,00
18	CONTENÇÃO FIXA 3X3 (BARRA LINGUAL)	R\$ 46,50
19	APARELHO DE THUROW (SPLINT MAXILAR)	R\$ 140,00
20	DIJUNTOR PALATAL TIPO HASS (MC NAMARA)	R\$ 187,40
21	DIJUNTOR HYRAX	R\$ 130,00
22	PLACA EXPANSORA	R\$ 135,00
23	PLACA COM PLANO INCLINADO (PLANAS)	R\$ 139,67
24	GRADE PALATINA FIXA	R\$ 100,00
25	GRADE PALATINA MÓVEL	R\$ 105,00
26	BANDA ALÇA (MANTENEDOR DE ESPAÇO)	R\$ 67,75
27	BOTÃO DE NANCE	R\$ 91,25
28	PLACA DE ALTURA (PLACA DE LEVANTAMENTO DE MORDIDA)	R\$ 91,50
29	ARCO LINGUAL (BARRA LINGUAL 6X6)	R\$ 74,00
30	BARRA TRANSPALATINA	R\$ 63,33
31	PENDEX	R\$ 146,67
32	BIONATOR	R\$ 200,00
33	QUADRI- HELIX	R\$ 139,67
34	REGULADOR DE FRANKEL	R\$ 321,75
35	PAM	R\$ 190,67
36	CONCERTO APARELHO	R\$ 76,00

21.2.1. Os valores constantes da tabela acima se referem aos serviços prestados diretamente ao CREDENCIANTE, em procedimentos solicitados pelos profissionais da Divisão de Odontologia do Hospital Naval de Recife. Para os demais cirurgiões-dentistas CREDENCIADOS, a

relação técnica e financeira com os laboratórios de prótese ou ortodontia terceirizados que os assistem, são de sua total responsabilidade, não se aplicando valores aqui constantes.

21.3. SERVIÇOS DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA - Serão empregados os valores referenciais a seguir:

TABELA HNRe - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Periapical	R\$ 12,90
2	Interproximal	R\$ 13,12
3	Periapical completo (14 periapicais + 4 bite-wing)	R\$ 143,00
4	Oclusal	R\$ 26,71
5	ATM (3 incidências)	R\$ 91,51
6	Pósterio-anterior (EXTRA-ORAL)	R\$ 67,31
7	Panorâmica	R\$ 59,35
8	Cefalométrica com dois Traçados	R\$ 67,70
9	Cefalométrica sem traçado	R\$ 63,23
10	Carpal com análise	R\$ 61,76
11	Modelo de estudo (Ortodôntico)	R\$ 65,37
12	Tomografia maxila ou mandíbula	R\$ 222,55
13	Tomografia maxila + mandíbula	R\$ 409,01
14	Tomografia ATM (Aberta e Fechada)	R\$ 281,64
15	Tomografia uma região	R\$ 168,49
16	Documentação ortodôntica completa (panorâmica, cefalométrica com traçados, modelo de estudo, 8 fotografias)	R\$ 175,17
17	Fotografia (cada)	R\$ 10,73

21.3.1. Os valores constantes da tabela acima se referem aos serviços prestados diretamente ao CREDENCIANTE, em exames solicitados pelos profissionais da Divisão de Odontologia do Hospital Naval de Recife. 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 valores aqui constantes.

21.4. OBSERVAÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

21.4.1. 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;

21.4.2. 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;

21.4.3. Para as consultas de urgência odontológica, somente serão remunerados os procedimentos que há pertinência na aplicação, tais como:

21.4.3.1. Nos casos de processos dolorosos agudos, os procedimentos são: incisão e drenagem intra e extraoral de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial, pulpotomia, pulpectomia e curativo temporário;

21.4.3.2. Nos casos de hemorragias: controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;

21.4.3.3. Nos casos de traumatismos dentários: o reimplante dentário com contenção e imobilização dentária de decíduos ou permanentes. A imobilização indicada em casos de doenças periodontal não caracteriza urgência e sim tratamento eletivo. O reimplante dentário inclui necessariamente a contenção/imobilização sendo indicado para dentes que sofreram avulsão total por trauma, onde serão remunerados por segmento.

21.4.3.4. Nos casos de fraturas de restaurações, coroas e blocos: o restabelecimento de estética com restauração de resina composta fotopolimerizável em dentes anteriores (de canino a canino). Para os demais elementos dentários, ou seja, dentes posteriores (de pré-molares à molares) será considerada a confecção de restauração provisória ou colocação de curativo apenas nas situações de odontalgia (dor). Casos como cárie crônica, perdas de curativos e troca de curativos endodônticos não caracterizam urgência e, portanto, serão considerados procedimentos eletivos, inclusos em tratamento em andamento;

21.4.3.5. Nos casos de exodontia serão considerados como urgência os casos decorrentes de trauma (fratura radicular vertical) ou cárie muito extensa, ambos os casos quando acompanhados de dor verificada a inviabilidade de manutenção do elemento dentário na arcada.

21.4.4. 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 22h às 06h, sábado, domingo ou feriados e, neste caso, apenas para os contratos que preveem o atendimento de urgência.

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

21.4.6. 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 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.

21.4.7. 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.

21.4.8. 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.

21.4.9. Quanto à especificação dos procedimentos na GAU, estes deverão ser pertinentes à especialidade/serviços contratados.

21.4.10. Quando houver necessidade de alterações ou inclusões de procedimentos no plano de tratamento odontológico já iniciado, o cirurgião-dentista credenciado deverá encaminhar nova GAU, incluindo apenas o que foi modificado e um relatório justificando a

alteração para análise da auditoria prévia ao pagamento pela CREDENCIANTE. Os procedimentos em duplicidade ou excludentes, após aprovação das alterações no plano de tratamento, serão cancelados na GAU inicial.

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

22. ATENDIMENTO DOMICILIAR

22.1. As Diárias de Internação Domiciliar (Home Care) serão remuneradas conforme TABELA HNRe DE DIÁRIAS DE HOME CARE:

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)		
ITEM	DESCRIÇÃO - COMPOSIÇÃO CONFORME ITEM 22.1.1	VALOR ADOTADO
1	Diária internação domiciliar - 6h	R\$ 161,93
2	Diária internação domiciliar - 12h	R\$ 240,93
3	Diária internação domiciliar - 24h (paciente sem ventilação mecânica)	R\$ 436,01
4	Diária internação domiciliar - 24h (paciente com uso de ventilação mecânica)	R\$ 471,60

22.1.1. Itens inclusos nas diárias adulta e pediátrica:

a) Taxa de pronto atendimento em intercorrências clínicas com cobertura 24 (vinte e quatro) horas, sempre que necessário com unidades móveis (ambulância convencional ou UTI móvel) – não incluso honorário;

b) Central de atendimento 24h (vinte e quatro horas);

c) Visitas de supervisão de enfermagem, quantas vezes necessárias;

d) Gerenciamento de casos;

e) Avaliação: Nutricionista, se necessário;

f) Coletas de exames laboratoriais no domicílio;

g) Equipamentos básicos, conforme a indicação clínica: ambu com máscara e reservatório de O₂, andador, bomba de infusão, cadeira de rodas, cama hospitalar com três elevações e grades, comadre/papagaio, escada de dois degraus, estetoscópio, muletas, nebulizador, suporte de soro com rodízios, tensiômetro e termômetro;

h) Emissão de relatório médico, de enfermagem, de fisioterapia ou quaisquer outros que se fizerem necessários;

i) Treinamento do cuidador, não fornecido pelo FUSMA, e orientação à família;

j) Transporte de equipamentos, medicamentos e materiais;

k) Coleta e recolhimento de exames laboratoriais;

l) Antissepsia e assepsia de equipamentos e materiais;

m) Cuidados integrais da equipe de enfermagem;

n) Coleta de lixo hospitalar;

o) Nebulizador;

p) Aspirador de qualquer tipo;

q) Bandeja de curativo e de sondagem vesical;

r) Bomba de infusão;

s) Gerador de energia, filtro de linha e adaptador de tomada;

- t) Focos luminosos;
- u) Mesas cirúrgicas auxiliares;
- v) Mobiliário para acondicionamento dos medicamentos, materiais, equipamentos;
- w) Assistência de Enfermagem 6 (seis), 12 (doze) e 24 (vinte e quatro) horas conforme necessidade, supervisionado pela Coordenação de Enfermagem, para execução dos procedimentos, conforme descrição abaixo:
 - I - montagem básica da Unidade de Internação Domiciliar (UID);
 - II - troca de roupa de cama e banho do paciente;
 - III - cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção (luvas de procedimentos, tintura de benjoim, algodão, álcool, PVPI, Clorexidine Alcoólico e Clorexidine Degermante);
 - IV - serviços de Enfermagem realizados no leito do paciente;
 - V - Administração de medicamentos por todas as vias (Oral, Endovenosa, Intramuscular, Subcutânea, Gastrostomia, Enteral, Retal, Tópico, Ocular, Nasal, Otológico e Vaginal);
 - VI - Preparo, instalação e manutenção por todas as vias;
 - VII - Controle de sinais vitais;
 - VIII - Controle de diurese;
 - IX - Tricotomia;
 - X - Curativos (exceto materiais e medicamentos);
 - XI - Sondagens;
 - XII - Aspirações;
 - XIII - Mudanças de decúbito;
 - XIV - Locomoção interna do paciente;
 - XV - Preparo de paciente para procedimentos médicos;
 - XVI - Cuidados e higiene pessoal do paciente;
 - XVII - Preparo do corpo em caso do óbito;
 - XVIII - Transporte de equipamentos (raios-x, eletrocardiógrafo, ultrassom, etc.); e
 - XIX - Assepsia e antisepsia de equipamentos e materiais.

22.1.2. Itens não inclusos nas diárias adulta e pediátrica:

- a) Materiais/medicamentos;
- b) Equipamentos especiais: inaladores, aspiradores, monitor cardíaco, oxímetro de pulso e respiradores, exceto na Diária internação domiciliar 24h com uso de ventilação mecânica, entre outros equipamentos que serão cobrados a partir da tabela estipulada;
- c) Gases medicinais, serão cobrados por hora, cabendo fração de 20' (vinte minutos) com valor proporcional, estando incluso neste valor, oxigênio, aluguel do cilindro, fretes recargas e reposições com cobertura 24h (vinte e quatro horas), fluxômetros, reguladores de pressão, mangueiras, conexões, cotovelos e umidificadores;
- d) Máscaras e aparelho de nebulização fazem parte da composição das diárias de internação e não podem ser cobrados a parte como materiais ou taxas adicionais; e
- e) Concentrador de oxigênio, o valor a ser cobrado é correspondente à diária de disponibilização do aparelho no domicílio mais o cilindro de "standby" para o caso de falta de energia ou quebra do aparelho.

22.2. Tabelas e regramentos a serem aplicados para internação domiciliar (Home Care)

22.2.1. Medicamentos:

22.2.1.1. Em conformidade com a Resolução da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) nº 3/2009, e da Orientação Interpretativa nº 5/2009, da CMED, os medicamentos serão remunerados utilizando os valores publicados e atualizados no Guia

Farmacêutico BRASÍNDICE pelo Preço de Fábrica + 30%, cabendo ao CREDENCIANTE glosar valores iguais ou superiores ao PMC. Para medicamentos de uso restrito hospitalar, o Preço de Fábrica + 30%, referente à taxa de serviço de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição;

22.2.1.2. Serão pagos, preferencialmente, medicamentos genéricos, admitindo-se a utilização de medicamentos de referência mediante justificativa médica destes ou similar. Nesse sentido, ao médico auditor da credenciante caberá a autorização prévia ou mesmo ratificação posterior ao uso do medicamento não genérico;

22.2.1.3. Para medicamentos de valor monetário superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais) necessita-se de aprovação/autorização prévia do credenciante; e

22.2.1.4. Os contrastes/radiofármacos serão pagos pelo valor atualizado no Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, sem margem de comercialização.

22.2.2. Dietas - Quando necessário, as dietas industrializadas serão fornecidas pelo credenciante, inclusa a bomba de infusão e os respectivos equipos para infusão e/ou administração das dietas.

22.2.1.5.1. Suplementos de fibra, reguladores de flora, probióticos e vitamínicos são de responsabilidade da família;

22.2.3. Descartáveis, Curativos e OPME:

22.2.3.1. Os materiais descartáveis e curativos têm seus valores referenciados constantes no item 6 deste Referencial;

22.2.3.2. Os materiais descartáveis já inclusos em diárias específicas, que não serão pagos separadamente, encontram-se elencados no subitem 6.9, deste Referencial de preços.

22.2.3.3. Não serão pagos curativos especiais para prevenção de lesão, exceto os que forem previamente autorizados pela equipe de auditoria concorrente (Filmes transparentes de prevenção). Curativos/ coberturas especiais só deverão ser utilizados mediante solicitação e autorização prévia com a devida justificativa para o uso. Nestes casos, deverá ser apresentado o invólucro da cobertura utilizada por ocasião da auditoria Na correspondente fatura/conta hospitalar;

22.2.3.4. As rotinas de troca de materiais descartáveis e dispositivos serão consideradas em conformidade às normas estabelecidas e as recomendações da ANVISA;

22.2.3.5. Colchão caixa de ovo poderá ser trocado e cobrado a cada 4 (quatro) meses;

22.2.3.6. Os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) estão inclusos na diária e são responsabilidade do credenciado;

22.2.3.7. Será autorizado troca de sonda nasointestinal a cada seis 6 (seis) meses. Quando necessário a troca no período inferior, a solicitação deverá ser justificada e autorizada pelo CREDENCIANTE;

22.2.3.8. Será autorizado troca de frascos de dieta e/ou água a cada 24 (vinte e quatro) horas;

22.2.3.9. Os itens enquadrados como OPME tem seus valores definidos segundo o item 7 deste anexo; e

22.2.3.10. Na eventualidade do contratante fornecer algum item (material descartável, curativo e/ou OPME) para a assistência ao usuário, o valor correspondente ao mesmo não poderá ser cobrado na fatura apresentada, nem devida taxa de administração/comercialização, uma vez que ao prestador coube apenas a aplicação do respectivo material.

22.2.4. Materiais de Higiene pessoal e itens/artigos de limpeza como sabonete, hidratante e fraldas, são de responsabilidade da família;

22.2.5. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata conforme o número de dias da internação domiciliar;

22.2.6. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas;

22.2.7. Os gases medicinais serão remunerados de acordo com a TABELA HNRe DE GASOTERAPIA DOMICILIAR:

TABELA HNRe DE GASOTERAPIA DOMICILIAR			
ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR ADOTADO
1	Oxigênio em Cateter	Hora	R\$ 10,30
2	Oxigênio em Venturi	Hora	R\$ 10,20
3	Oxigênio em Respirador	Hora	R\$ 12,50
4	Nebulização - incluso medicações, soluções e oxigênio	Sessão de 20 minutos	R\$ 8,09

Obs: Admite-se o cálculo de fração de 20 (vinte) minutos

22.2.8. Os equipamentos usados na assistência domiciliar serão remunerados pela TABELA HNRe DE TAXAS DE EQUIPAMENTOS DOMICILIAR:

TABELA HNRe DE EQUIPAMENTOS DOMICILIAR		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Aspirador - por dia	R\$ 20,44
2	BPAP/CPAP ou VIPAP SEM OXIGÊNIO - por hora	R\$ 8,20
3	Respirador sem oxigênio - por dia	R\$ 44,00
4	Monitor cardíaco multiparamétrico - por dia	R\$ 34,64
5	Oxímetro - por dia	R\$ 34,64
6	Bomba de Infusão - por dia	R\$ 8,59
7	Raios X em domicílio (com filme e laudo) - por dia	R\$ 194,25
8	Colchão pneumático - por dia	R\$ 8,88
19	Concentrador de oxigênio - por dia	R\$ 38,16
10	Taxa de eletrocardiograma - por dia	R\$ 21,94
11	Taxa de cardioversão elétrica - por dia	R\$ 51,28

22.2.9. Os valores considerados para a remuneração dos profissionais e serviços serão pagos de acordo com a TABELA HNRe DE HONORÁRIOS DOMICILIAR:

TABELA HNRe DE HONORÁRIOS DOMICILIAR		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Visita médica	R\$ 187,69
2	Visita enfermeiro	R\$ 82,79
3	Visita nutricionista	R\$ 99,53
4	Sessão fisioterapia motora	R\$ 64,79
5	Sessão fisioterapia respiratória	R\$ 65,56

6	Sessão fisioterapia motora e respiratória	R\$ 90,75
7	Sessão fonoaudiologia	R\$ 76,47
8	Visita psicólogo	R\$ 91,90
9	Sessão com terapia ocupacional	R\$ 76,26
10	Avaliação com assistente social	R\$ 76,91
11	Visita médica por intercorrência (honorários inclusos nas diárias globais)	R\$ 302,18
12	Visita médica por especialista	R\$ 311,57

22.2.10. Os serviços referentes a realização de remoção e transporte de pacientes serão remunerados de acordo com a TABELA HNRe DE SERVIÇO DE REMOÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES DE SUPORTE AVANÇADO (UTI) E SUPORTE BÁSICO, sendo incluído taxas, serviços, gases, materiais e medicamentos e honorários da equipe profissional:

TABELA HNRe DE SERVIÇO DE REMOÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES SUPORTE AVANÇADO (UTI)		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Ida e volta (até 40km)	R\$ 653,16
2	Ida (transferência) (até 40km)	R\$ 446,90
3	Adicional por km rodado	R\$ 13,27
4	Hora adicional (após 2h)	R\$ 84,88
TABELA HNRe DE SERVIÇO DE REMOÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES SUPORTE BÁSICO		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ADOTADO
1	Ida e volta (até 40km)	R\$ 279,73
2	Ida (transferência) (até 40km)	R\$ 206,85
3	Adicional por km rodado	R\$ 14,79
4	Hora adicional (após 2h)	R\$ 40,28

22.3. A remuneração dos serviços prestados em nível do Home Care sob a modalidade de adoção de Diária Global com inclusão de materiais descartáveis, taxas e medicamentos, serão pagos de acordo com o nível de complexidade da assistência, conforme a TABELA HNRe DE DIÁRIA GLOBAL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE):

TABELA HNRe DE DIÁRIAS DE HOME CARE		
ITEM	DESCRIÇÃO - COMPOSIÇÃO CONFORME ITENS 22.3.1 A 22.3.4	VALOR ADOTADO
1	Diária internação domiciliar 6h	R\$ 471,67
2	Diária internação domiciliar 12h	R\$ 833,12
3	Diária internação domiciliar 24h (paciente sem ventilação mecânica)	R\$ 1.448,58
4	Diária internação domiciliar 24h (paciente com uso de ventilação mecânica)	R\$ 1.573,38

22.3.1. Descritivo da composição das Diárias Globais de Internação Domiciliar (Home Care) - **ALTA COMPLEXIDADE (Enfermagem 24 horas) COM RESPIRADOR:**

INCLUSO: Kit Básico de internação e materiais permanentes (cama hospitalar, colchão de qualquer tipo e de acordo com a necessidade do paciente, escadinha, grades, cadeira higiênica, cadeira de rodas, aparador masculino (papagaio) e feminino (aparadeira), bandejas de inox, cuba rim, fluxômetro, poltrona, andador, muletas, bengalas; Kit de equipamentos e utensílios (bomba de infusão, equipamentos para controle de sinais vitais - esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, glicosímetro, oxímetro); Kit básico de Home Care (impressos para prontuário); Suporte profissional de acordo com a especializada nas 24h (vinte e quatro horas), visita do Enfermeiro para supervisão técnica dos serviços e procedimentos técnicos de Enfermagem, acompanhamento e avaliação médica com até 6 (seis) visitas mensais, acompanhamento e avaliação nutricional com até 1 (uma) avaliação semanal; Acompanhamento e avaliação da Fisioterapia com até 8 (oito) sessões semanais, acompanhamento e avaliação da Terapia Ocupacional com até 3 (três) sessões semanais e acompanhamento e avaliação da Fonoterapia com até 3 (três) sessões semanais; atendimento médico de emergência 24h (vinte e quatro horas) + visita de especialista; taxas de equipamentos e administrativos; Suporte Ventilatório: Respirador Específico (Volumétrico ou pressão); oxímetro, monitor cardíaco (incluso eletrodos) e PNI, baterias, No-break e manutenção preventiva dos aparelhos utilizados; Gasoterapia, nebulização e aspiração (incluso taxas, cateter nasal, máscara de Venturi, BIPAP, CPAP), materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo; OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen); Honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social, entre outras); remoção de pacientes em UTI móvel com ou sem acompanhamento médico, para admissão, eletivas ou intercorrências; dietas e suplementos industrializados e administrados por sonda, curativos convencionais e especiais, Raio X a domicílio e ECG; montagem, desmontagem e transporte do Home Care; materiais para atendimento de emergência (maleta de emergência e cilindros de O₂ com válvulas e conexões); preparo do corpo pós-morte; Serviços de Apoio – Central de Atendimento Domiciliar, composta por médicos, enfermeiros e técnicos 24h (vinte e quatro horas), Treinamento de um familiar para ser cuidador; coleta e recolhimento de resíduos hospitalares.

22.3.2. Descritivo da composição das Diárias Globais de Internação Domiciliar (Home Care) - **ALTA COMPLEXIDADE (Enfermagem 24 horas) SEM RESPIRADOR:**

INCLUSO: Kit Básico de internação e materiais permanentes (cama hospitalar, colchão de qualquer tipo e de acordo com a necessidade do paciente, escadinha, grades, cadeira higiênica, cadeira de rodas, aparador masculino (papagaio) e feminino (aparadeira), bandejas de inox, cuba rim, fluxômetro, poltrona, andador, muletas, bengalas; Kit de equipamentos e utensílios (bomba de infusão, equipamentos para controle de sinais vitais - esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, glicosímetro, oxímetro); Kit básico de Home Care (impressos para prontuário); Suporte profissional de acordo com a especializada nas 24h (vinte e quatro horas), visita do Enfermeiro para supervisão técnica dos serviços e procedimentos técnicos de Enfermagem, acompanhamento e avaliação médica com até 6 (seis) visitas mensais, acompanhamento e avaliação nutricional com até 1 (uma) avaliação semanal; acompanhamento e avaliação da Fisioterapia com até 8 (oito) sessões semanais, acompanhamento e avaliação da Terapia Ocupacional com até 3 (três) sessões semanais e acompanhamento e avaliação da Fonoterapia com até 3 (três) sessões semanais; atendimento

médico de emergência 24h (vinte e quatro horas) + visita de especialista; taxas de equipamentos e administrativos; Suporte Ventilatório: Respirador Específico (Volumétrico ou pressão); oxímetro, monitor cardíaco (incluso eletrodos) e PNI, baterias, No-break e manutenção preventiva dos aparelhos utilizados; Gasoterapia, nebulização e aspiração (incluso taxas, cateter nasal, máscara de Venturi, BIPAP, CPAP), materiais descartáveis, fraldas e medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo; OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen); Honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social, entre outras); remoção de pacientes em UTI móvel com ou sem acompanhamento médico, para admissão, eletivas ou intercorrências; dietas e suplementos industrializados e administrados por sonda, curativos convencionais e especiais, Raio X a domicílio e ECG; montagem, desmontagem e transporte do Home Care; materiais para atendimento de emergência (maleta de emergência e cilindros de O₂ com válvulas e conexões); preparo do corpo pós-morte; Serviços de Apoio – Central de Atendimento Domiciliar, composta por médicos, enfermeiros e técnicos 24h (vinte e quatro horas), Treinamento de um familiar para ser cuidador; coleta e recolhimento de resíduos hospitalares.

22.3.3. Descritivo da composição das Diárias Globais de Internação Domiciliar (Home Care) - **MÉDIA COMPLEXIDADE (Enfermagem 12 horas):**

INCLUSO: Kit Básico de internação e materiais permanentes (cama hospitalar, colchão de qualquer tipo e de acordo com a necessidade do paciente, escadinha, grades, cadeira higiênica, cadeira de rodas, aparador masculino (papagaio) e feminino (aparadeira), bandejas de inox, visita do Enfermeiro para supervisão técnica dos serviços e procedimentos técnicos de Enfermagem, acompanhamento e avaliação médica com até 6 (seis) visitas mensais, acompanhamento e avaliação nutricional com até 1 (uma) avaliação semanal; acompanhamento e avaliação da Fisioterapia com até 8 (oito) sessões semanais, acompanhamento e avaliação da Terapia Ocupacional com até 3 (três) sessões semanais e acompanhamento e avaliação da Fonoterapia com até 3 (três) sessões semanais, sem cuba rim, fluxômetro, poltrona, andador, muletas, bengalas; Kit de equipamentos e utensílios (bomba de infusão, equipamentos para controle de sinais vitais - esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, glicosímetro, oxímetro); Kit básico de Home Care (impressos para prontuário); Suporte profissional de acordo com a necessidade do paciente (Assistência Técnica de Enfermagem especializada nas 6 (seis) horas, visitas semanais); atendimento médico de emergência 24h (vinte e quatro horas) + visita de especialista; Taxas de equipamentos e; Gasoterapia, nebulização e aspiração (incluso taxas, cateter nasal, máscara de Venturi, BIPAP, CPAP), baterias, manutenção preventiva dos aparelhos; materiais descartáveis, fraldas e medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo; Honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social, entre outras); Remoção de pacientes em UTI móvel com ou sem acompanhamento médico, para admissão, eletivas ou intercorrências; Dietas e suplementos industrializados e administrados por sonda, curativos convencionais e especiais, Raio X a domicílio e ECG; Montagem, desmontagem e transporte do Home Care; Materiais para atendimento de emergência (maleta de emergência e cilindros de O₂ com válvulas e conexões); Preparo do corpo pós-morte; Serviços de Apoio – Central de Atendimento Domiciliar, composta por médicos, enfermeiros e técnicos 24 horas (vinte e quatro horas), Treinamento de um familiar para ser cuidador; coleta e recolhimento de resíduos hospitalares.

22.3.4. Descritivo da composição das Diárias Globais de Internação Domiciliar (Home Care) - **BAIXA COMPLEXIDADE:**

INCLUSO: Kit Básico de internação e materiais permanentes (cama hospitalar, colchão de qualquer tipo e de acordo com a necessidade do paciente, escadinha, grades, cadeira higiênica, cadeira de rodas, aparador masculino (papagaio) e feminino (aparadeira), bandejas de inox, cuba rim, fluxômetro, poltrona, andador, muletas, bengalas; Kit de equipamentos e utensílios (bomba de infusão, equipamentos para controle de sinais vitais - esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, glicosímetro, oxímetro); Kit básico de Home Care (impressos para prontuário); Suporte profissional de acordo com a necessidade do paciente (Assistência técnica de Enfermagem especializada nas 6 (seis) horas, visita do Enfermeiro para supervisão técnica dos serviços e procedimentos técnicos de Enfermagem, acompanhamento e avaliação médica com até 6 (seis) visitas mensais, acompanhamento e avaliação nutricional com até 1 (uma) avaliação semanal; acompanhamento e avaliação da Fisioterapia com até 8 (oito) sessões semanais, acompanhamento e avaliação da Terapia Ocupacional com até 3 (três) sessões semanais e acompanhamento e avaliação da Fonoterapia com até 3 (três) sessões semanais; atendimento médico de emergência 24h (vinte e quatro horas) + visita de especialista; Taxas de equipamentos e administrativos; Gasoterapia, nebulização e aspiração (inclusive taxas, cateter nasal, máscara de Venturi, BIPAP, CPAP), baterias, manutenção preventiva dos aparelhos; materiais descartáveis, fraldas e medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo; Honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social, entre outras); Remoção de pacientes em UTI móvel com ou sem acompanhamento médico, para admissão, eletivas ou intercorrências; Dietas e suplementos industrializados e administrados por sonda, curativos convencionais e especiais, Raio X a domicílio e ECG; Montagem, desmontagem e transporte do Home Care; Materiais para atendimento de emergência (maleta de emergência e cilindros de O₂ com válvulas e conexões); Preparo do corpo pós-morte; Serviços de Apoio - Central de Atendimento Domiciliar, composta por médicos, enfermeiros e técnicos 24h (vinte e quatro horas), Treinamento de um familiar para ser cuidador; coleta e recolhimento de resíduos hospitalares.

22.3.5. A contratação por Diária Global de Internação Domiciliar (Home Care) é uma modalidade de prestação de serviço que poderá ser utilizada quando houver expressa condição e cuja Guia (GAU) indicar que o serviço autorizado será realizado por este tipo de diária, conforme estabelecido no PAD do paciente. Vale destacar que todas as terapias e assistência a ser utilizada estão valorados dentro do pacote de acordo com a descrição dos serviços incluídos nesta modalidade assistencial.

22.4. A definição da forma de cobrança por meio de diária aberta ou diária global ocorrerá mediante análise das condições clínicas e peculiaridades do paciente pela CAAPAD.

22.5. Os critérios técnicos para enquadramento do paciente na assistência domiciliar tomam como base a escala KATZ. No caso de pacientes em regime de internação domiciliar, deverá ser utilizado os critérios técnicos da Tabela NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar) e Tabela ABEMID (Avaliação da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar). Encontram-se discriminados maiores detalhes no Anexo J, o qual abrange o Termo de Contrato específico para Assistência Domiciliar.

23. PACOTES DE SERVIÇOS

23.1. Os pacotes de serviços serão remunerados conforme TABELAS HNRe DE PACOTES DE HEMODINÂMICA, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, OFTALMOLOGIA, RADIOTERAPIA,

PETCT/PETSCAN, NEFROLOGIA e HEMODIÁLISES, HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA, BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO, ECOENDOSCOPIA, BERA COM SEDAÇÃO, OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA.

23.2. Deve ser incluído em anexo do Termo de Credenciamento se a OSE vai se credenciar para realizar os procedimentos constantes em pacotes.

23.3. TABELA HNRe DE PACOTES DE HEMODINÂMICA:

TABELA HNRe DE PACOTES DE HEMODINÂMICA		
PROCEDIMENTO	MATERIAL/OPME	VALOR ADOTADO
CATETERISMO	01 CATETER JUD DIR 01 CATETER JUD ESQ 01 CATETER PIGTAIL 01 KIT INTRODUTOR 01 EXTENSÃO DE BOMBA 01 SERINGA DE BOMBA 02 FIOS GUIA 01 MANIFOLD CONTRASTE	R\$ 4.502,01
ANGIOGRAFIA OU ARTERIOGRAFIA CORONARIANA DIGITAL	01 CATETER PIGTAIL 01 FIO GUIA 0,14 01 CATETER ANGIOGRÁFICO 01 KIT INTRODUTOR 01 EXTENSÃO DE BOMBA 01 FIO GUIA 01 SERINGA DE BOMBA 01 MANIFOLD CONTRASTE	R\$ 4.372,64
ANGIOPLASTIA CORONARIANA ÚNICO VASO	01 BOMBA INDEFLATOR/INSUFLADOR 01 SERINGA DE BOMBA 01 FIO GUIA 0,14 01 EXTENSÃO DE BOMBA 01 CATETER BALÃO 01 CATETER GUIA 01 FIO GUIA 01 KIT INTRODUTOR 01 ROTOR E MANIPULADOR 01 MANIFOLD 01 PERCLOSE/ ANGIO SEAL 01 CONECTOR Y CONTRASTE	R\$ 14.407,39

<p>ANGIOPLASTIA CORONARIANA MÚLTIPLOS VASOS</p>	<p>01 BOMBA INDEFLATOR/INSUFLADOR 02 FIOS GUIA 01 MANIFOLD 01 PERCLOSE/ANGIO SEAL 01 EXTENSÃO DE BOMBA 02 CATETER BALÃO 02 CATETER GUIA 02 FIOS GUIA 0,14 01 KIT INTRODUTOR 01 ROTOR E MANIPULADOR 01 SERINGA DE BOMBA 01 CONECTOR Y CONTRASTE</p>	<p>R\$ 16.644,82</p>
<p>CATETERISMO + ANGIOPLASTIA CORONARIANA ÚNICO VASO</p>	<p>01 CATETER JUD DIR 01 CATETER JUD ESQ 01 KIT INTRODUTOR 01 EXTENSÃO DE BOMBA 01 MANIFOLD 01 FIO GUIA 01 SERINGA DE BOMBA 01 CATETER PIGTAIL 01 CATETER J/CATETER GUIA 01 CATETER BALÃO 01 ROTOR E MANIPULADOR 01 PERCLOSE/ANGIO SEAL 01 BOMBA INDEFLATOR/INSUFLADOR 01 CONECTOR Y CONTRASTE</p>	<p>R\$16.350,60</p>
<p>CATETERISMO + ANGIOPLASTIA CORONARIANA MÚLTIPLOS VASOS</p>	<p>01 CATETER JUD DIR 01 CATETER JUD ESQ 02 CATETER PIGTAIL 01 KIT INTRODUTOR 02 FIOS GUIA 01 EXTENSÃO DE BOMBA 01 BOMBA INDEFLATOR/INSUFLADOR 01 MANIFOLD 02 FIOS GUIA 0,14 01 SERINGA DE BOMBA 02 CATETER BALÃO 02 CATETER J 0,33/CATETER GUIA 01 ROTOR E MANIPULADOR 01 CONECTOR Y 01 PERCLOSE/ANGIO SEAL CONTRASTE</p>	<p>R\$ 18.700,13</p>

Obs: Nos pacotes referentes à angioplastia encontra-se incluído 1 stent farmacológico.

MATERIAL ESPECIAL OPME	STENT FARMACOLÓGICO	R\$ 8.000,00
	STENT CONVENCIONAL	R\$ 2.900,00
OBSERVAÇÕES		
<p>1. INCLUSÕES: Taxa de repouso até 6 (seis) horas após procedimento ambulatorial; Taxa de salas e de equipamentos utilizados; Medicamentos, materiais de consumo e OPME inerentes ao procedimento; Anestésicos locais; Fios cirúrgicos; Sistema de fechamento perclose/angioseal; Gases medicinais.</p> <p>2. EXCLUSÕES: Honorários médicos e anestésicos; Exames laboratoriais; Sangue e hemoderivados/ hemoterápicos.</p> <p>2.1. Medicamentos de Alto Custo: Antagonistas dos receptores IIB - IIIAB (Agrastat e Reopro), Trombolíticos (Actlyse e Estreptoquinase), drogas para embolização e anestésicos (sedação, anestesia endovenosa, inalatória ou geral).</p> <p>2.2. OPME extra e Materiais Especiais extras utilizados em intercorrências, que deverão ser justificadas pelo médico assistente.</p> <p>2.3. Para os procedimentos que não tem pacote negociado, a cobrança será em conta aberta, considerando a tabela negociada e mediante autorização prévia.</p> <p>2.4. Caso haja implantação de stents coronários, os lacres deverão estar apenas à fatura hospitalar para fins de conferência da auditoria local. Não haverá cobrança de margem de comercialização para o referido item.</p> <p>2.5. Cateter imagem e Pull back (OCT/IVUS).</p>		

23.4. TABELA HNRe DE PACOTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA:

TABELA HNRe DE PACOTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
PROCEDIMENTOS	COMPOSIÇÃO	VALOR
PARTO (CESÁREO/ NORMAL)	02 DIÁRIAS DE APARTAMENTO E/OU ENFERMARIA 02 DIÁRIAS DE BERÇÁRIO	R\$ 7.462,02
CURETAGEM	01 DAY CLINIC/DIÁRIA (APARTAMENTO OU ENFERMARIA)	R\$ 2.450,61
VÍDEO HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM RESSECTOMIA AMBULATORIAL	01 DAY CLINIC/DIÁRIA DE APARTAMENTO OU ENFERMARIA MATERIAIS INCLUSIVE ALÇA DE RESSECTOSCOPIA MONOFILAMENTAR OU VERSA POINT OU OUTRO OPME INERENTE AO PROCEDIMENTO (COM REPROCESSAMENTO)	R\$ 3.596,75
VÍDEO HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM RESSECTOMIA HOSPITALAR	01 DIÁRIA DE APARTAMENTO OU ENFERMARIA MATERIAIS INCLUSIVE ALÇA DE RESSECTOSCOPIA MONOFILAMENTAR OU VERSA POINT (REPROCESSAMENTO) OU OUTRO OPME INERENTE AO PROCEDIMENTO	R\$ 7.055,19

VÍDEO HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARA BIÓPSIA	01 DAY CLINIC/DIÁRIA DE APARTAMENTO OU ENFERMARIA MATERIAL E OPME INERENTE AO PROCEDIMENTO	R\$ 1.852,54
MAMOTOMIA POR EXTEREOTAXIA/ POR RNM	01 DAY CLINIC/DIÁRIA (APARTAMENTO OU ENFERMARIA) HONORÁRIOS MÉDICOS MATERIAIS, INCLUSIVE: * <u>POR EXTEROTAXIA</u> - CASSETE TUBO VÁCUO, MARCADOR PARA BIÓPSIA, CATETER INTRODUTOR, SONDA BIÓPSIA A VÁCUO * <u>POR RNM</u> - GUIA AGULHA/ ADAPTADOR DE CÂNULA, AGULHA DISPOSITIVO PARA BIÓPSIA/CÂNULA PARA RM, APARELHO IDENTIFICAÇÃO LOCAL/MARCADOR/CLIP, RECIPIENTE COM TAMPA. E/OU OUTROS OPME QUE SEJAM INERENTES AO PROCEDIMENTO.	R\$ 4.600,00
OBSERVAÇÕES		
<p>1. INCLUSÕES: Medicamentos, materiais, fios cirúrgicos utilizados no bloco cirúrgico, apartamento ou enfermaria e no berçário, inerentes ao procedimento; Gases medicinais; e Taxas de salas e de equipamentos utilizados no bloco cirúrgico e berçário.</p> <p>2. EXCLUSÕES: Honorários médicos (exceto na Mamotomia); Anestesiologista; Medicamentos de alto custo e não rotineiros, ex: partograma, matergam e outros; Intercorrências; Sangue e/ou hemoderivados; Anatomia patológica; Despesas com acompanhante; Oxigenoterapia e Fototerapia; Investigação diagnóstica, laboratorial e radiológica (imagem); e OPME não descrito na composição/ não inerente ao procedimento.</p>		

23.5. TABELA HNRe DE PACOTES DE OFTALMOLOGIA:

TABELA HNRe DE PACOTES DE OFTALMOLOGIA			
ITEM	PACOTES	INCLUSÕES	VALOR ADOTADO
1	FACECTOMIA (Facoemulsificação)- incluso lente intraocular dobrável nacional esférica no valor de R\$420,00	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases. Honorários do auxiliar e instrumentador	R\$ 2.789,87

2	CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (Trabeculectomia)	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases. Honorários médicos	R\$ 1.958,25
3	APLICAÇÃO INTRAVÍTREA COM DROGA ANTIANGIOGÊNICA	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 4.739,52
4	CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (Trabeculectomia) COM VÁLVULA DE AHMED	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 9.679,42
5	CIRURGIA DE PTERÍGIO SOB BLOQUEIO PERIBULAR SEM COLA BIOLÓGICA	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 1.417,50
6	EXÉRESE DE TUMOR PALPEBRAL	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 918,75
7	CIRURGIA DE ESTRABISMO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 1.575,00
8	TRANSPLANTE DE CÓRNEA+ FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 7.996,25
9	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + ENDOLASER	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 6.218,62
10	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 6.218,62
11	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA+ ENDOLASER	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e	R\$ 7.637,85

		descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	
12	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + MEMBRANECTOMIA + ENDOLASER	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 7.462,35
13	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 8.381,62
14	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + ENDOLASER+ FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 7.906,22
15	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA + ENDOLASER+ ÓLEO DE SILICONE+ INFUSÃO PFC	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 10.744,70
16	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + MEMBRANECTOMIA + ENDOLASER + ÓLEO DE SILICONE + INFUSÃO PFC	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 10.744,70
17	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA +ENDOLASER+ TROCA DE FLUIDO GASOSA +INFUSÃO DE GÁS C3F8	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 12.410,21
18	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + MEMBRANECTOMIA+ ENDOLASER+ TROCA DE FLUIDO GASOSA +INFUSÃO DE GÁS C3F8	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 12.410,21
19	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA +ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS C3F8 + FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 13.464,75

20	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA+ MEMBRANECTOMIA+ ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA + INFUSÃO DE GÁS C3F8 + FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 13.464,75
21	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA+ENDOLASER+ INFUSÃO DE PFC +OLEO DE SILICONE + FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 13.464,75
22	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ ENDOLASER+ INFUSÃO DE PFC +OLEO DE SILICONE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 13.464,75
23	DELAMINAÇÃO CORNEANA-LASIK MONOCULAR/PRK- INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 2.100,00
24	IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 5.569,72
25	IMPLANTE FARMACOLÓGICO E POLÍMERO COM LIBERAÇÃO CONTROLADA	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 5.775,00
26	FOTOTRABECULOPLASTIA MONOCULAR-A LASER -INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 530,25
27	IRIDECTOMIA MONOCULAR-A LASER - INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 530,25

28	SINEQUIOTOMIA MONOCULAR-A LASER -INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 530,25
29	PTOSE PALPEBRAL (binocular)	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 1.260,00
30	TRANSPLANTE DE CÓRNEA	Taxas de sala e equipamentos utilizados no bloco, medicamentos e descartáveis / OPME utilizados no bloco, aluguéis, taxas e gases	R\$ 5.775,00

23.5.1. Caso o usuário opte pela utilização no procedimento cirúrgico de facectomia de uma lente diferente da LIO incluída no pacote do procedimento, será realizado um desconto referente ao valor da mesma de R\$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais). O valor para a aquisição do tipo de lente optada será arcado pelo usuário, não cabendo solicitação de ressarcimento de nenhum valor.

23.5.2. Para qualquer outro procedimento realizado associadamente, caberá cobrança apenas dos respectivos Honorários Médicos e OPME utilizados conforme valor tabelado.

23.6. TABELA HNRe DE PACOTES DE RADIOTERAPIA

TABELA HNRe DE PACOTES DE RADIOTERAPIA		
PACOTE	DESCRIPTIVO	VALOR ADOTADO
RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL - RCT	RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL (RCT-3D) COM ACELERADOR LINEAR	R\$ 15.600,00
	COLIMAÇÃO INDIVIDUAL	
	SISTEMA DE IMOBILIZAÇÃO	
	PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO COMPUTADORIZADO TRIDIMENSIONAL	
	SIMULAÇÃO DE TRATAMENTO COMPLEXA	
	FILME DE VERIFICAÇÃO (CHEQUE-FILME)	
RADIOTERAPIA COM INTENSIDADE MODULADA DO FEIXE - IMRT	RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT)	R\$ 18.900,00
	COLIMAÇÃO INDIVIDUAL	
	SISTEMA DE IMOBILIZAÇÃO	
	PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO COMPUTADORIZADO TRIDIMENSIONAL	
	SIMULAÇÃO DE TRATAMENTO COMPLEXA	
	FILME DE VERIFICAÇÃO (CHEQUE-FILME)	
OBSERVAÇÕES		
1. INCLUSÕES: Materiais inerentes aos procedimentos;		

<p>Medicamentos, inclusive radiofármacos; Outros exames necessários; Consultas; Taxas de sala; Honorários médicos.</p> <p>2. OBSERVAÇÃO: Deve ser apresentado, para fins de auditoria, comprovação de frequência das sessões com assinatura do paciente/responsável indicando a data de cada sessão realizada para serviços cuja Guia (GAU) emitida seja para tratamentos/terapias que incluem várias sessões.</p>

23.7. TABELA HNRe DE EXAME DE PET-SCAN/PET-CT:

TABELA HNRe DE EXAME DE PETSCAN/PETCT		
PACOTE	DESCRIPTIVO	VALOR ADOTADO
PET-SCAN/PET-CT	HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 5.215,73
	TAXAS DE SALAS E EQUIPAMENTOS	
	FILME	
	CONTRASTE	
OBSERVAÇÕES		
INCLUSO: Materiais inerentes aos procedimentos, Medicamentos, inclusive radiofármacos.		

23.8. TABELA HNRe DE PACOTES DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (NEFROLOGIA):

TABELA HNRe DE PACOTES DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (NEFROLOGIA)			
ITEM	PACOTE	DESCRIPTIVO	VALOR ADOTADO
1	HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) - até 4 (quatro) horas ou fração	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 1.203,54
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS) INERENTES AO PROCEDIMENTO	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
2	HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) - até 12 (doze) horas ou fração	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 1.231,58
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	

		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
3	HEMODIÁLISE CRÔNICA (por sessão) - Sem medicamentos especiais	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 529,78
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
4	HEMODIÁLISE CRÔNICA (por sessão) - Com medicamentos especiais (inclui Eritropoetina, Noripurum, Calcitriol, composto de ferro e antibiótico EV)	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 650,00
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO, MAIS OS MEDICAMENTOS ESPECIAIS E ANTIBIÓTICOS	
5	HEMODIÁLISE CRÔNICA em paciente HIV+ (por sessão) - Sem medicamentos especiais	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 816,50
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
6	HEMODIÁLISE CRÔNICA em paciente HIV+ (por sessão) - Com medicamentos especiais (inclui Eritropotna, Noripurum, Calcitriol, composto de ferro e antibiótico EV) (inclui Eritropoetina, Noripurum, Calcitriol, composto de ferro e antibiótico EV)	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 901,50
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO, MAIS OS MEDICAMENTOS ESPECIAIS E ANTIBIÓTICOS	
7	CONFECÇÃO DE FAV (Fístula Arteriovenosa)	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 1.376,51
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS, FIOS CIRÚRGICOS E GASES MEDICINAIS	

		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
8	IMPLANTE DE CATETER PARA HEMODIÁLISE (cateter de duplo e/ou triplo lúmen)	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 824,49
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS, FIOS CIRÚRGICOS E GASES MEDICINAIS	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
		Excluso: OPME (kit de cateter de duplo e/ou triplo lúmen)	
9	IMPLANTE DE CATETER PERITONEAL (cateter de Tenckhoff)	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 1.206,98
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS, FIOS CIRÚRGICOS E GASES MEDICINAIS	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
		Excluso: OPME (kit cateter de Tenckhoff)	
10	RETIRADA DE CATETER PERITONEAL (cateter de Tenckhoff)	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 918,50
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
11	DIÁLISE PERITONEAL AUTOMÁTICA - por sessão de 12 (doze) horas	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 831,98
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
12	DIÁLISE PERITONEAL AUTOMÁTICA - pacientes crônicos em treinamento por 9 (nove) dias	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 2.114,36
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	

13	DIÁLISE PERITONEAL AUTOMÁTICA - pacientes crônicos/manutenção por 30 (trinta) dias - sessões domiciliares de até 12 (doze) horas	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 6.407,17
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS (SOLUÇÕES ÁCIDAS E BÁSICAS)	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
14	HEMODIÁLISE CONTÍNUA COM PRISMA FLEX - a cada 12 (doze) horas	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 4.117,35
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
		Incluso: OPME (kit Prisma Flex)	
15	HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE - HDF	HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇO DE ENFERMAGEM	R\$ 850,00
		TAXAS ADMINISTRATIVAS, DE SALA E EQUIPAMENTOS	
		MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
		MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO	
OBSERVAÇÕES			
<p>INCLUSÕES: Honorários médicos, serviço de enfermagem, taxas de salas e equipamentos, materiais, soluções e medicamentos inerentes aos procedimentos, medicamentos especiais.</p> <p>EXCLUSÕES: Honorários médicos de anestesista (se for o caso); Exames laboratoriais pré-operatórios; Sangue e hemoderivados.</p>			

23.9. HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA:

TABELA HNRe DE HEMOTERAPIA			
ITEM	PACOTE	CÓDIGO CBHPM	VALOR
1	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS -PACOTE	40402045	R\$ 823,60
2	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS -PACOTE	40402053	R\$ 841,83
3	CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS -PACOTE	40402070	R\$ 797,54
4	CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE -PACOTE COM KIT DE PLAQUETAFÉRESE*	40402061	R\$ 4.936,84

5	PLASMA FRESCO - PACOTE	40402096	R\$ 789,57
6	CRIOPRECIPITADO - PACOTE	40402088	R\$ 791,77
7	RESERVA/PREPARO DE BOLSA DE SANGUE PARA CIRURGIAS - PACOTE	40403416	R\$ 61,73
8	SANGRIA TERAPÊUTICA -PACOTE	40402037	R\$ 61,88
9	PLASMAFÉRESE – PACOTE (POR SESSÃO)	30909139	R\$ 3.855,14
10	PROVA DE COMPATIBILIDADE COMPLETA	40403408	R\$ 14,81
11	DELEUCOTIZAÇÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	40402118	R\$ 217,07
12	DELEUCOTIZAÇÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	40402126	R\$ 264,17
13	IRRADIAÇÃO	40402134	R\$ 45,87
14	FILTRO PARA REMOÇÃO DE LEUCÓCITOS PARA 1 UNIDADE HEMÁCIA PALL (IN LINE OU BACADA) (01 FILTRO PARA CADA UNIDADE DE HEMÁCIAS)	MAT	R\$ 456,35
15	FILTRO PARA REMOÇÃO LEUCÓCITOS PLAQUETAS RANDÔMICAS (01 FILTRO PARA CADA UNIDADE DE HEMÁCIAS OU 07 UNIDADES DE PLAQUETAS)	MAT	R\$ 484,70

23.9.1. Farão parte dos pacotes todos os custos referentes aos procedimentos, inclusive exames pré-transfusionais, honorários médicos, taxas, soluções e materiais necessários.

23.9.2. Se necessário realizar irradiação de Hemocomponentes, Deleucotização de Hemocomponentes ou Filtragem de Hemocomponentes serão acrescentados os materiais ou procedimentos inerentes à parte.

23.9.3. Os seguintes procedimentos compõem os pacotes:

40402045 TRANSFUÇÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS - PACOTE	
40402045	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)

40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - GEL TESTE
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA - GEL TESTE
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE I
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE II
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)

40402053	TRANSFUSÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS - PACOTE
40402053	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE (Doador)
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - GEL TESTE
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA - GEL TESTE
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO

40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE I
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE II
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)

40402070 TRANSFUSÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS - PACOTE	
40402070	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403327	HEMOTPESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE (Doador)
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - GEL TESTE
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA - GEL TESTE
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE I
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE II
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)

40402061 TRANSFUÇÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE - PACOTE	
40402061	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403327	HEMOTPESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE (Doador)
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - GEL TESTE
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA - GEL TESTE
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE I
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE II
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40401014	TRANSFUÇÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)
40401022	TRANSFUÇÃO (Ato médico de acompanhamento)
40403300	OPERAÇÃO DE PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE EM AFÉRESE
-	KIT PARA PLAQUETAFÉRESE COM FILTRO
40402096 TRANSFUÇÃO DE UNIDADE CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO - PACOTE	
40402096	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLASMA CONGELADO

40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE (Doador)
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - GEL TESTE
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE I
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE II
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)

40402088	TRANSFUSÃO DE UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO - PACOTE
40402088	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO
40402088	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)

40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE (Doador)
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - GEL TESTE
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE I
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO - TESTE II
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)

30909139 PLASMAFÉRESE (POR SESSÃO) - PACOTE	
30909090	UNIDADE DE PLASMA
40403300	OPERAÇÃO DE PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE EM AFÉRESE
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)
40401022	TRANSFUSÃO (Ato médico de acompanhamento)
-	KIT PARA PLASMAFÉRESE COM FILTRO

40402037 SANGRIA TERAPÊUTICA - PACOTE	
40402037	SANGRIA TERAPÊUTICA
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)
40401022	TRANSFUSÃO (Ato médico de acompanhamento)

- RESERVA DE BOLSA DE SANGUE- PACOTE	
-	RESERVA/PREPARO DE BOLSA DE SANGUE PARA CIRURGIAS
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)
40403327	HEMOTPESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)

40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA – GEL TESTE
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)

23.10. BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO:

TABELA HNRe DE BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO		
ITEM	PROCEDIMENTO	VALOR
BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO - PATOLOGISTA EM LABORATÓRIO	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO (BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO) SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA - CÓDIGO CBHPM 4.06.01.01-3 + PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO – PEÇA ADICIONAL OU MARGEM CIRÚRGICA - COD CBHPM 4.06.01.02-1	R\$ 2.000,00
BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO COM PATOLOGISTA EM SALA CIRÚRGICA	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO (BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO) COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA - CÓDIGO CBHPM 4.06.01.03-0 PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO – PEÇA ADICIONAL OU MARGEM CIRÚRGICA – COD CBHPM 4.06.01.02-1	R\$ 2.350,00

23.11. ECOENDOSCOPIA:

TABELA HNRe PARA ECOENDOSCOPIA		
ITEM	PROCEDIMENTO	VALOR
1	ECOENDOSCOPIA ALTA OU BAIXA SEM PUNÇÃO	R\$ 2.300,00
2	ECOENDOSCOPIA ALTA OU BAIXA COM PUNÇÃO	R\$ 5.200,00
OBSERVAÇÕES		
<p>1. INCLUSÕES: Honorários médicos, Taxas de Sala e Equipamentos, Gases medicinais, Medicamentos, Materiais inerentes ao procedimento.</p> <p>2. EXCLUSÕES: Sangue e hemoderivados, diária, honorário do anestesiológico, medicação e material para anestesia, exames de laboratório e biópsias.</p>		

23.12. BERA COM SEDAÇÃO:

TABELA HNRe – BERA COM SEDAÇÃO		
ITEM	COMPOSIÇÃO	VALOR

PACOTE - AUDIOMETRIA DO TRONCO CEREBRAL (BERA) COM SEDAÇÃO	INCLUSÕES: HONORÁRIOS MÉDICOS E DE FONOAUDIOLOGISTA, TAXAS DE SALAS E EQUIPAMENTOS, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, GASES MEDICINAIS E 01 DIÁRIA DE DAY CLINIC. EXCLUSÕES: HONORÁRIOS MÉDICOS DE ANESTESISTA;	R\$ 3.000,00
---	--	---------------------

23.13. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA:

TABELA HNRe - OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA		
ITEM	COMPOSIÇÃO	VALOR
SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	INCLUSÕES: HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS, SERVIÇOS, TAXAS, GASES, MEDICAMENTOS E MATERIAIS INERENTES AO PROCEDIMENTO.	R\$ 386,44

23.14. ASSISTÊNCIA ROBÓTICA:

TABELA HNRe - ASSISTÊNCIA ROBÓTICA		
ITEM	COMPOSIÇÃO	VALOR
PACOTE PROSTATECTOMIA POR ROBÓTICA	INCLUSÕES: 01 DIÁRIA DE UTI; 02 DIÁRIAS DE APARTAMENTO OU ENFERMARIA; TODOS OS OPMES; TAXAS DE SALA E EQUIPAMENTO EM CENTRO CIRÚRGICO INERENTE A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS; MATERIAIS DESCARTÁVEIS/ FIOS CIRÚRGICOS/ MEDICAMENTOS/ MATERIAIS ESPECIAIS INERENTES A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO; GASES MEDICINAIS; RAIOS-X. EXCLUSÕES: HONORÁRIOS MÉDICOS; SANGUE E HEMODERIVADOS; EXAMES DE IMAGEM (EXCETO RAIOS-X); EXAMES LABORATORIAIS.	R\$ 28.418,77
HONORÁRIOS PARA CIRURGIA DE PROSTATECTOMIA COM ASSISTÊNCIA ROBÓTICA	INCLUSÕES: HONORÁRIOS MÉDICOS DO CIRURGIÃO PRINCIPAL E AUXILIARES.	R\$ 12.840,00
TAXA DE ROBÓTICA	INCLUSÕES: TAXA RELATIVA AO USO DO EQUIPAMENTO E A MATERIAIS INERENTES AO ROBÔ. OBS: Taxa já inclusa no Pacote de Prostatectomia por Robótica. Aplicável a outros procedimentos no qual seja necessária assistência robótica.	R\$ 10.000,00

Continuação do anexo B, do Edital de Credenciamento nº 1/2025, do HNRe.

Recife, PE, na data da assinatura.

LISA TIEMI OGAWA
Capitão de Mar e Guerra (Md)
Ordenadora de Despesa