



**MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 8º DISTRITO NAVAL
CAPITANIA DOS PORTOS DO PARANÁ**

**LISTA REFERENCIAL DE PREÇOS DE DIÁRIAS, ASSISTÊNCIAS, TAXAS, MATERIAIS, SERVIÇOS,
EXAMES E INSTRUÇÕES GERAIS**

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	2
2. REGRAS GERAIS DE PRECIFICAÇÃO.....	2
3. CONSULTAS MÉDICAS:.....	4
4. PROCEDIMENTOS EM GERAL.....	6
5. PORTES ANESTÉSICOS.....	6
6. TAXAS DE SALA.....	9
7. DIÁRIAS.....	14
8. GASES MEDICINAIS.....	19
9. SERVIÇOS DE REMOÇÃO E TRANSPORTE.....	20
10. SERVIÇO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - SIAD.....	22
11. EXAMES DE IMAGEM.....	26
12. EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS E ANATOMOPATOLÓGICAS.....	27
13. MEDICAMENTOS E CORRELATOS.....	28
14. DIETAS E PRODUTOS NUTRICIONAIS.....	32
15. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS).....	33
16. MATERIAL DESCARTÁVEL.....	36
17. MATERIAL HOSPITALAR REPROCESSADO.....	41
18. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.....	42
19. OUTROS PROFISSIONAIS.....	43
20. PACOTES.....	47
21. NOTAS COMPLEMENTARES.....	57
22. REVISÃO DA LISTA REFERENCIAL.....	58

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento discrimina as definições, conceituações, tabelas, índices, valores e outros serviços de saúde objetos do credenciamento de Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE), Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) da Capitania dos Portos do Paraná - (CPPR) complementar em nível hospitalar em atendimento de Emergência/Urgência em regime de 24 horas diárias, Pré-Hospitalar, inter-hospitalar e ambulatorial nas diversas áreas de serviço de saúde, aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha.

1.2. Os procedimentos que não constam no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), mesmo que presentes nas tabelas de referência utilizadas, não tem cobertura pelos sistemas FUSMA, assim como os procedimentos não cobertos pelo FUSMA, presentes no Anexo “O” deste edital.

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

1.4. A dinâmica para análise e autorização dos preços praticados nesta contratação são agrupados em Exames/Procedimentos de BAIXA COMPLEXIDADE, MÉDIA COMPLEXIDADE, ALTA COMPLEXIDADE, URGENTES/EMERGENCIAIS, excetuando-se os NÃO AUTORIZADOS, conforme descrito no Termo de Referência.

1.5. *PROCEDIMENTOS E EXAMES NÃO AUTORIZADOS* - Não serão remuneradas as GAU para os procedimentos não cobertos pelo Sistema de Saúde da Marinha, conforme Anexo Q desse Edital, independente de constarem na tabela CBHPM, CBHPO, tabelas próprias ou qualquer outra citação de precificação.

2. REGRAS GERAIS DE PRECIFICAÇÃO

2.1. Para efeitos de valoração de Portes e Unidade de Custo Operacional - UCO, serão adotados os Comunicados Oficiais Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM emitidos pela Associação Médica Brasileira – AMB ou tabelas próprias definidas pela CPPR.

2.1.1. A opção pela edição do Comunicado Oficial CBHPM ou tabela própria, será embasado no valor observado na pesquisa mercadológica, com o intuito de garantir um valor condizente com o mercado local (clínicas particulares e órgãos públicos).

2.1.2. Para fins de hierarquização, a CBHPM, independente de versão, é subdivididas em 4 capítulos, os quais abrangem I - Procedimentos Gerais, II - Procedimentos Clínicos, III - Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos e IV - Procedimentos Diagnósticos e terapêuticos (SADT).

2.1.3. Os procedimentos/exames médicos presentes nesses “Capítulos” são agrupados e codificados em Grupos, Subgrupos e Serviços, os quais, por questão de organização, serão definidos no escopo de cada item desse documento, seguidos de sua precificação.

2.1.4. A simples presença de um item na referida tabela, quando não especificado neste documento, não autoriza contratação do objeto pelas OSE – Organizações de Saúde Extra-Marinha.

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

- 2.2.1.** No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
- 2.2.2.** Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados; e
- 2.2.3.** Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos dos SADTs (capítulo IV da CBHPM), para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado.
- 2.2.4.** Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de trinta por cento (30%) quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

2.3. Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa a ser regida conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares (código 1.01.02.01-9), ou para as consultas em consultório (código 1.01.01.01-2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

2.4. Os procedimentos cirúrgicos realizados por Vídeo têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração serão utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e risco. Estes portes estão sujeitos às condições de internação.

2.4.1. Aos procedimentos diagnósticos realizados por Videolaparoscopia e Videoendoscopia não estão sujeitos às condições de internação.

2.5. O atendimento médico do intensivista em UTI geral, neonatal ou pediátrica (plantão de 12h - por paciente) deve ter como parâmetro de início e término às 7h e às 19h. Contudo não poderá ser cobrado para o mesmo paciente 02 plantões de intensivista por um período menor ou igual a 12h.

2.6. Valoração dos Atos Cirúrgicos:

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

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

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

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

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

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

2.6.7. A valoração geral 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.

2.6.8. 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.

3. CONSULTAS MÉDICAS:

3.1. Serão remunerados conforme a TABELA PRÓPRIA abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica, com especificidade crescente utilizando o único e respectivo valor:

CONSULTAS MÉDICAS	Valor (R\$)
Todas as consultas médicas (ambulatoriais e pronto-socorro) exceto as listadas	R\$ 130,00
Todas as consultas médicas domiciliares	R\$ 240,00
Pediatra	R\$ 130,00
Oftalmologista	R\$ 130,00
Pneumologista	R\$ 138,56
Geriatra	R\$ 130,00
Gastroenterologista	R\$ 138,56
Reumatologista	R\$ 146,87
Nefrologista	R\$ 141,87
Psiquiatra	R\$ 147,87
Neurologista	R\$ 149,84
Especialidades Pediátricas	R\$ 136,87
Neuropediatria	R\$ 210,00

3.1.1. Demais itens relacionados ao subgrupo 1.01.01.nn-n, somente quando previamente autorizados pela Diretoria de Saúde da Marinha, poderão ser incluídos nos contratos e calculados conforme tabela Oficial CBHPM/2014 e suas regras gerais.

3.1.2. Para os procedimentos que não constarem na edição da tabela acima acordada, somente quando previamente autorizados pela Diretoria de Saúde da Marinha, poderão ser utilizados os códigos de porte existentes na primeira edição da tabela em que constarem, porém serão calculados conforme o valor de Porte e regras gerais definidas na tabela citada no item anterior.

3.2. Toda solicitação de procedimentos médicos complementares deve conter obrigatoriamente a Indicação Clínica (justificativa legível), Código Internacional de Doenças (CID), a identificação do médico solicitante com carimbo, assinatura do profissional e a data da solicitação médica.

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

3.2.2. GINECOLOGIA - Fazem parte da consulta 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 espéculo vaginal.

3.2.3. NUTROLOGIA - Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a uma consulta a cada 30 dias, incluídos, neste período, os retornos clínicos necessários para revisão e controle, sem caracterização de nova consulta. Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento, somente após análise médica da CPPR.

3.2.4. OFTALMOLOGIA - A consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático. A ceratometria já está incluída na consulta e consiste na medição da curvatura da córnea. É essencial na adaptação de lentes de contato, na avaliação dos pacientes com ceratocone e no cálculo das lentes intraoculares para pacientes candidatos à cirurgia de catarata.

3.2.4.1. Nos procedimentos oftalmológicos ambulatoriais/Hospital Dia, não serão pagos os honorários médicos dobrados.

3.2.4.2. As indicações dos procedimentos propostos devem seguir os protocolos contidos no Manual de Conduta do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e Manual de Instruções para Diagnóstico e Tratamento em Oftalmologia da DSM.

3.2.4.3. Os seguintes exames/procedimentos, poderão ser autorizados diretamente pela Organização Militar de Saúde e sua solicitação deverá ser acompanhada de justificativa médica para emissão da GAU: consulta; exame tonometria binocular (código CBHPM 41.3013.23);

3.2.4.4. Os demais exames oftalmológicos só poderão ser realizados com autorização prévia da Diretoria de Saúde da Marinha e sua solicitação deverá conter justificativa médica e dados clínicos do paciente detalhados, com acuidade visual, refração, biomicroscopia, tonometria, fundoscopia e outros achados, para subsidiar a decisão da diretoria especializada.

3.2.5. PSQUIATRA: 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 - e sessões psicoterápicas. Em regime hospitalar, há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação (limitado a 30 dias) e nome do hospital. As internações hospitalares em psiquiatria são valoradas de forma global, incluindo a diária hospitalar, materiais, medicamentos, visitas de todos os profissionais que prestam atenção especializada ao paciente - médicos, enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e professor de educação física.

3.2.6. RETORNO DE CONSULTA AMBULATORIAL: será considerado retomo, e portanto, sem emissão de nova guia de encaminhamento, as consultas ambulatoriais realizadas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico, desde que o BENEFICIÁRIO procure o referido médico PARA AGENDAR a consulta de retorno em até 30 (trinta) dias da consulta originária. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de

retorno, seja distinto do já referenciado será considerada nova consulta e, portanto será necessária a emissão de nova Guia de Autorização de Usuário. Será fornecida nova guia para consulta somente mediante pedido médico com a solicitação e justificativa para nova consulta.

4. PROCEDIMENTOS EM GERAL

4.1. Referido item abrange somente os procedimentos médicos AMBULATORIAIS e HOSPITALARES que constam nos capítulos I, II e III da CBHPM, excetuando-se as consultas médicas citadas no item anterior (subgrupo 1.01.01.xx-x), Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT - capítulo IV da CBHPM), taxas de cirurgia, diárias e portes anestésicos, bem como itens incluídos em pacotes ou não autorizados.

4.2. Com base na avaliação da pesquisa mercadológica, os itens relacionados ao referido serviço, serão calculados conforme tabela Oficial CBHPM/2014 e suas regras gerais com o valor de Porte e valor de Unidade de Custo Operacional (UCO - R\$ 16,15) do Comunicado da CBHPM de 18 de outubro de 2014, plena.

4.2.1. Para os procedimentos que não constarem na edição da tabela acima acordada, somente quando previamente autorizados pela Diretoria de Saúde da Marinha, poderão ser utilizados os códigos de porte existentes na primeira edição da tabela em que constarem, porém serão calculados conforme o valor de Porte, valor de UCO e regras gerais definidas na tabela citada no item anterior.

4.3. A “Acupuntura por sessão” (código 3.16.01.01-4), é um procedimento realizado apenas por profissional habilitado e será remunerada em R\$118,00 por sessão.

5. PORTES ANESTÉSICOS

5.1. Referido item abrange todos os procedimentos e exames que apresentem porte anestésico presentes nos capítulos III e IV da tabela CBHPM, excetuando-se os itens incluídos em pacotes ou não autorizados.

5.2. Com base na avaliação da pesquisa mercadológica, os itens relacionados ao referido serviço, foram calculados conforme tabela Oficial CBHPM/2014 e suas regras gerais com o valor de Porte do Comunicado da CBHPM de 18 de outubro de 2014.

5.2.1. Para os procedimentos que não constarem na edição da tabela acima acordada, somente quando previamente autorizados pela Diretoria de Saúde da Marinha, poderão ser utilizados os códigos de porte existentes na primeira edição da tabela em que constarem, porém serão calculados conforme o valor de Porte e regras gerais definidas na tabela citada no item anterior.

5.2.2. Serão remunerados conforme as instruções específicas para a anestesiologia da tabela Oficial CBHPM/2014, calculada por meio da correlação do porte o Comunicado da CBHPM de 18 de outubro de 2014:

PORTE ANESTÉSICO	VALOR
	Comunicado da CBHPM 2014 de 18/10/2014

CBHPM 2014	
PORTE 0	Anestesia Local
PORTE 1	3A
PORTE 2	3C
PORTE 3	4C
PORTE 4	6B
PORTE 5	7C
PORTE 6	9B
PORTE 7	10C
PORTE 8	12A

* O porte anestésico "0" significa "não participação do anesthesiologista".

5.3. Nas situações em que o usuário não tiver o direito à ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES previstas no Termo de Referência, não é autorizado à credenciada a cobrança de valores adicionais em virtude da mudança das acomodações.

5.4. O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalação de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que haja indicação de seguimento em UTI.

5.4.1. Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anesthesiologista, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião.

5.5. Nos atos cirúrgicos em que haja indicação de intervenção em outros órgãos através do mesmo orifício natural, a partir da MESMA VIA DE ACESSO ou dentro da MESMA CAVIDADE ANATÔMICA, o porte a ser atribuído ao trabalho do anesthesiologista será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

5.6. Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos ou procedimentos cirúrgicos diferentes através de outras incisões (exceto aquela complementar do ato principal) ou outros orifícios naturais, os portes relativos aos atos do anesthesiologista serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.

5.7. Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, INEXISTINDO código específico na presente Classificação, os atos praticados pelo anesthesiologista serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.

5.8. Para os atos AN7 e AN8 ou naqueles nos quais seja utilizada Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 horas, o anesthesiologista responsável poderá, quando necessário, solicitar o

concurso de um auxiliar (também anestesiológista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiológista principal.

5.9. Na valoração dos portes constantes desta Classificação incluem a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anestesiológista, por indicação do cirurgião ou solicitação do paciente, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos tanto em regime de internamento como ambulatorial.

5.10. Os portes atribuídos aos atos do anestesiológista(s) referem-se exclusivamente à intervenção pessoal, livre de quaisquer despesas, mesmo as referentes a agentes anestésico, analgésicos, drogas, material descartável, tubos endotraqueais, seringas, agulhas, cateteres, “scalps”, cal sodada, oxigênio, etc., empregados na realização do ato anestésico.

5.11. O aluguel de equipamentos de controle e execução de anestésias será permitido através de instituição juridicamente estabelecida, seja com o hospital ou terceiros por ele contratados com valoração acordada previamente. Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesiológista, em consultório, previamente à internação ou à cirurgia ambulatorial, o anestesiológista fará jus ao porte equivalente à consulta clínica.

5.12. Nos procedimentos terapêuticos e diagnósticos, inclusive aqueles relacionados no capítulo IV, quando houver necessidade do concurso do anestesiológista, aplica-se as regras especiais de condições de internação.

5.13. Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares - Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes dos procedimentos: 3.16.02.04-5, 3.16.02.05-3, 3.16.02.06-1, 3.16.02.07-0, 3.16.02.08-8, 3.16.02.09-6, 3.16.02.10-0, 3.16.02.11-8, 3.16.02.12-6, 3.16.02.13-4, 3.16.02.14-2, 3.16.02.15-0, 3.16.02.16-9, 3.16.02.17-7, 3.16.02.18-5, 3.16.02.22-3, 3.16.02.33-9.

5.14. Referentes aos códigos 3.16.02.23-1, 3.16.02.24-0, 3.16.02.27-4 e 3.16.02.28-2: Quando realizados procedimentos anestésicos em crianças (idade até 12 anos) ou idosos (igual ou acima de 65 anos), a respectiva valoração terá acréscimo de 30%, em virtude da dificuldade de se obter profissionais habilitados.

5.15. Os procedimentos que não constem Porte Anestésico no referido código valorado pela tabela CBHPM, mas que seja necessária a participação do Anestesiológista seguirá as instruções da referida tabela. Destaca-se que para o pagamento, deverá ser enviado cópia do Boletim Anestésico com assinatura e carimbo do executante e relatório médico com justificativa de indicação.

5.16. Os procedimentos em SADTs cuja intervenção do Anestesista seja necessária, deverá ser apresentado em fatura a solicitação do médico e relatório médico de justificativa da indicação, para os pagamentos que serão valorados conforme tabela CBHPM.

5.17. Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesiológico, em consultório, previamente a internação ou ao procedimento ambulatorial, o anestesiológico fará jus ao valor do honorário de consulta mediante evidências, GAU de consulta e cópia da avaliação pré-anestésica.

5.18. Para acompanhamento anestésico em exames de imagem, deverá ser justificado caso a caso pelo Radiologista a necessidade de acompanhamento em procedimentos com porte anestésico igual à zero, não cabendo exclusivamente a justificativa “idade” para tal.

6. TAXAS DE SALA

6.1. Referido item abrange a cobrança por utilização de recursos (estrutura, equipamentos e pessoal) e insumos essenciais (materiais e produtos de higiene) necessários a prestação da assistência, tanto hospitalar como ambulatorial, excetuando-se os itens incluídos em pacotes ou não autorizados.

6.2. Serão remunerados conforme a TABELA PRÓPRIA abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica:

TAXAS DE SALA	Valor (R\$)
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 1	R\$ 356,42
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 2	R\$ 530,15
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 3	R\$ 680,00
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 4	R\$ 785,00
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 5	R\$ 866,00
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 6	R\$ 1.200,00
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 7	R\$ 1.414,88
Taxa de Sala Cirúrgica Porte 8	R\$ 2.120,00
Taxa de Sala Cirúrgica Oftalmológica Porte 1	R\$ 400,00
Taxa de Sala Cirúrgica Oftalmológica Porte 2	R\$ 600,00
Taxa de Sala Cirúrgica Oftalmológica Porte 3	R\$ 700,00
Taxa de Sala Cirúrgica Oftalmológica Porte 4	R\$ 800,00
Taxa de Sala Cirúrgica Oftalmológica Porte 5	R\$ 1.000,00
Taxa de Sala Cirúrgica Oftalmológica Porte 6	R\$ 1.200,00

Taxa de Sala Cirúrgica Oftalmológica Porte 7	R\$ 1.400,00
Sala de procedimentos ortopédicos	R\$ 29,54
Sala de Observação – até 06 horas em pronto socorro	R\$ 45,00
Sala de observação em cuidados críticos	R\$ 63,50
Sala de pequenos procedimentos cirúrgicos	R\$ 65,00
Sala de infusão de quimioterapia	R\$ 45,00
Sala de exames endoscópicos e urodinâmicos	R\$ 70,00
Rx na sala cirúrgica com intensificador de imagem (arco cirúrgico)	R\$ 299,84

6.3. A cobrança das taxas de sala será efetuadas com base no porte cirúrgico do procedimento e como cobrança única por evento, excetuando-se os itens incluídos em pacotes ou não autorizados.

6.4. Quando forem realizados procedimentos cirúrgicos que envolvam 2 (dois) portes de sala, remunerar-se-á apenas o de maior valor.

6.5. Não poderá ser cobrada taxa de utilização de equipamento para procedimentos em que for pago o custo operacional.

6.5.1. Nestes casos, o custo operacional será remunerado de acordo com o UCO da respectiva edição da tabela CBHPM prevista no item “PROCEDIMENTOS EM GERAL”, descrito anteriormente.

6.6. Taxa de utilização de Equipamentos:

6.6.1. A utilização de equipamentos será remunerada de acordo com o Custo Operacional - UCO previsto para os procedimentos, conforme as edições das tabelas CBHPM, definidas pela pesquisa mercadológica, do item PROCEDIMENTOS EM GERAL, descrito anteriormente.

6.6.2. Quando não houver UCO, mediante justificativa técnica, for necessário a utilização de equipamento que não conste no subitem “Definições de Taxas de Sala”, o mesmo será calculado conforme tabela própria abaixo:

TAXAS DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS (por uso)	
Aparelho de criocautério	R\$ 42,50
Bomba de circulação extra-corpórea (Sessão)	R\$ 67,00
Craniótomo	R\$ 35,01
Criocautério catarata	R\$ 57,52
Dermátomo elétrico	R\$ 180,49
Dermátomo manual	R\$ 180,49
Facoemulsificador	R\$ 51,56

Fototerapia (dia)	R\$ 21,65
Garrote pneumático	R\$ 21,17
Halo craniano	R\$ 29,54
Histeroscópio cirúrgico versa poit	R\$ 491,51
Laser oftalmológico	R\$ 65,86
Laparoscópio	R\$ 479,65
Lipoaspirador	R\$ 147,00
Lupa cirúrgica	R\$ 18,61
Marcapasso temporário externo	R\$ 84,84
Microscópio cirúrgico	R\$ 65,19
Microscópio oftalmológico	R\$ 132,00
Monitor de débito cardíaco	R\$ 56,50
Monitor de pressão arterial invasiva	R\$ 107,50
Monitor de modulo bis	R\$ 680,00
Nefroscópio	R\$ 297,10
Ressectoscópio versa point	R\$ 249,12
Serra elétrica	R\$ 42,65
Tração esquelética	R\$ 29,03
Trepano elétrico	R\$ 39,45
Videoartroscópio	R\$ 42,42
Videoendoscópio	R\$ 42,21
Videohisteroscópio	R\$ 157,99
Videobroncoscópio	R\$ 208,52
Videocolonoscópio	R\$ 42,21
Videolaparoscópio	R\$ 404,45

6.7. Placa de eletrocautério descartável será pago somente quando seu uso for indicado, sendo necessário descrição em folha de sala e embalagem anexada no prontuário.

6.8. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia, salvo quando for em criança ou adulto com restrição hídrica.

6.9. Quando forem realizados dois ou mais procedimentos que possuam UCO, no mesmo evento, será pago valor dos dois maiores UCO, independente da quantidade de procedimentos.

6.10. Definições das Taxas de Sala:

6.10.1. Taxa de sala cirúrgica ou obstétrica (porte de 1 a 8): estabelecido pelo tempo de duração do procedimento, desde que não estejam inclusas em pacotes, com base nas anotações em sala (cirurgião e anestesista), acrescidos de 15 minutos para preparo, limpeza e desinfecção das salas.

6.10.1.1. Compreende: Itens permanentes da sala cirúrgica (estrutura física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz; Instrumental cirúrgico básico esterilizado; Equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia); Rouparia completa inerente ao Centro Cirúrgico descartável ou não (avental, máscara, gorro, pro pé, botas, escovas e campos cirúrgicos (exceto os campos cirúrgicos tipo lobam, Stare Drape e campo adesivo); Procedimento de enfermagem; Assepsia e antisepsia (equipe e paciente); Iluminação (focos); Controle de sinais

vitais; Locomoção do paciente; Instrumental para cirurgia; Taxa de instalação de oxigênio; Campos cirúrgicos estéreis; Taxa de limpeza e desinfecção; Taxa de instalação de aparelhagem; Aparelho de anestesia; Aspirador elétrico ou a vácuo; Bisturi elétrico e bipolar; Bombas de infusão; Capnógrafo; Cardioversor; Desfibrilador; Eletrocardiógrafo; Hamper (saco para roupa suja ou não); Kit de mesa de reanimação do RN; Cuidados de higiene e limpeza do RN; Berço aquecido; Respirador de volume e pressão; Monitor multifuncional e multiparamétrico (Monitor de gases anestésicos); Monitor de Pressão Arterial Média Elétrica; Monitor de Pressão Arterial de Coluna de Mercúrio de Temperatura Eletrônico; Monitor Cardíaco; Monitor de ECG Contínuo; Monitor de Pressão Venosa Central; Oxímetro de pulso; e Kit básico de EPI: máscaras, luvas de procedimento e estéreis (até o limite de 06 pares).

6.10.1.2. Não compreende: Medicamentos e materiais que não possam ser reutilizados ou descartáveis, tais como anestésicos, fios, lâminas, luvas excedentes, gases, algodão, sondas e drenos e equipamentos ou aparelhos de uso eventual, honorários médicos, SADT e instrumentação cirúrgica.

6.10.1.3. A Taxa de Sala Porte 8, Hemodinâmica, Extracorpórea e Neurocirurgia incluem o uso de intensificador de imagens.

6.10.2. Taxa de Sala de Procedimentos Ortopédicos: que não estejam inclusas em pacotes, e deve ser paga nos casos de colocação e substituição de aparelhos gessados.

6.10.2.1. Não deve ser cobrada quando da retirada definitiva do aparelho gessado, quando o aparelho gessado tiver sido colocado no mesmo prestador. O pagamento da taxa de sala de cirurgia exclui o da taxa de sala de imobilização gessada, quando o aparelho gessado for colocado durante o ato cirúrgico. Compreende: Utilização da sala; Instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra do gesso, aventais e campo de proteção descartáveis, luvas e óculos de proteção para o médico e funcionários); e Serviços do “técnico de gesso”.

6.10.2.2. Não compreendem: Gesso e demais materiais descartáveis ou insumos necessários ao procedimento e honorários médicos.

6.10.3. Taxa de Sala de Observação: que não estejam inclusas em pacotes. As taxas serão remuneradas de acordo com a Tabela de Honorários Hospitalares, desde que não estejam inclusas em pacotes. A taxa de sala de recuperação pós-anestésica somente deverá ser paga quando existir no hospital uma sala equipada e destinada para esse fim, conforme Portaria nº 400 do MS, de 06/12/1977.

6.10.3.1. Compreende: Sala; Leito; Rouparia (descartáveis ou não); Monitorização de sinais vitais; Monitor multifuncional e multiparamétrico (Monitor de gases anestésicos); Monitor de Pressão Arterial Média Elétrica; Monitor de Pressão Arterial de Coluna de Mercúrio de Temperatura Eletrônico; Monitor Cardíaco; Monitor de ECG Contínuo; Monitor de Pressão Venosa Central; e Oxímetro de pulso.

6.10.4. Taxa de Sala de Observação em cuidados crítico: que não estejam inclusas em pacotes

6.10.4.1. Compreende todos os itens compreendidos na Taxa de Sala Para Repouso ou Observação Clínica em Pronto Socorro/Pronto Atendimento (PS/PA); Instalações da sala de emergência; Monitor cardíaco; Oxímetro de pulso; desfibrilador/cardioversor; nebulizador; monitor de P.A. não invasiva; aspirador; bomba de seringa; bomba de infusão; capnógrafo; respirador/ventilador; equipamentos modulares que contemplam os itens anteriores; utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem; equipamentos e

materiais não descartáveis inerentes ao atendimento de emergência; e serviços de enfermagem inerentes ao atendimento de emergência.

6.10.4.2. Não compreendem: materiais descartáveis (exceto EPI's e aqueles que substituem materiais permanentes, tais como lençóis, toalhas e etc); medicamentos; e honorários médicos.

6.10.5. Taxa de Sala de Pequenos Procedimentos Cirúrgicos:

6.10.5.1. Compreende: Sala; Leito; Rouparia (descartável ou não); Procedimento de enfermagem; Mesa principal e mesas auxiliares; Iluminação (focos); Instrumental cirúrgico; Preparo do paciente (sondagens, tricotomia); Antissepsia da sala e instrumental; Bisturi elétrico; Eletrocardiógrafo; Aparelho de anestesia; Oxímetro de pulso; Monitor cardíaco; Aspirador; e Bomba de infusão.

6.10.6. Taxa de Sala de Sessão de Quimioterapia Ambulatorial: que não estejam inclusas em pacotes, e compreende: Utilização da sala; Bomba de infusão; Serviços de enfermagem inerentes aos procedimentos; e Serviços farmacêuticos no preparo da medicação. Não compreendem: Equipos da bomba de infusão; Medicamentos; Materiais descartáveis (exceto EPI's e aqueles que substituem materiais permanentes, tais como lençóis, toalhas e etc); e Honorários médicos.

6.10.7. Taxa de Sala De Endoscopia: Refere-se a endoscopia digestiva, respiratória e do aparelho gênito urinário, que não estejam inclusas em pacotes.

6.10.7.1. Compreende: Utilização da sala; Instrumental de anestesia; Monitor multifuncional e multiparamétrico (Monitor de gases anestésicos, Monitor de Pressão Arterial Média Elétrica, Monitor de Pressão Arterial de Coluna de Mercúrio de Temperatura Eletrônico, Monitor Cardíaco, Monitor de ECG Contínuo, Monitor de Pressão Venosa Central e Oxímetro de pulso); Cardioversor; Desfibrilador; Bombas de infusão; Unidade de pulso; Aparelho de pressão "straingange"; Sistema completo de videoendoscopia; Projetor para análise de filmes; Serviços de enfermagem inerentes ao procedimento; Paramentação (máscara, gorro, pro pé, avental, luvas) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente; Dosador para medicação via oral; Copos e compressas descartáveis; Bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; Antisséptico (álcool 70%); Qualquer produto para a desinfecção do equipamento de endoscopia; Limpeza e soluções para a desinfecção das instrumentais; Aspirador; e Repouso do paciente até a sua recuperação em área específica (compreende o leito em estrutura e ambiente de recuperação pós sedação ou anestesia).

6.10.7.2. Não compreendem: Despesas do acompanhante (alimentação, telefonemas, etc); Materiais descartáveis (exceto os descritos como compreendidos); Medicamentos; Exames e terapias complementares à endoscopia; Honorários médicos; e alimentação.

6.11. Materiais gerais inclusos em todas as taxas de sala: Luva de procedimento estéreis e não estéreis (limite de até 20 pares ao dia), luvas cirúrgicas (limite de até 06 pares ao dia), tintura de benjoim, algodão hidrofílico, atadura crepom, álcool, éter, água oxigenada, soluções degermantes, PVPI, escova degermante, clorexidina, soluções antissépticas de superfície, água para injetáveis, agulhas, seringas descartáveis (de 1ml a 20 ml), oral pack, abaixador de língua gorro, máscara, propé, avental descartável cirúrgico, compressa cirúrgica e algodoadas, compressa de gaze, campo operatório, placa descartável, esparadrapo, micropore, materiais de higiene pessoal (soluções antissépticas orais, escova de dentes, sabonete, absorvente, fralda descartável, loções e creme hidratantes), transfix, tubo extensor p/ aspiração, extensão descartável para radiologia, extensão descartável, conector de O2, pulseira de identificação, eletrodo para monitorização, tricotomizador e lâminas.

7. DIÁRIAS

7.1. Referido item compreende os custos de permanência de um paciente por um período maior que 12 horas em uma instituição hospitalar, excetuando-se os itens incluídos em pacotes ou não autorizados.

7.2. As diárias hospitalares serão remunerados conforme a TABELA PRÓPRIA abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica:

DIÁRIAS	Valor (R\$)
Enfermaria ou acomodação coletiva com até 3 leitos, no máximo	R\$ 343,96
Apartamento ou quarto individual, com direito a acompanhante	R\$ 635,54
Unidade de tratamento intensivo – adulto	R\$ 1218,00
Unidade de tratamento intensivo – pediátrica ou neonatal	R\$ 1051,00
Berçário	R\$ 201,13
Alojamento conjunto (coletiva, para mãe e RN)	R\$ 332,15
Alojamento conjunto (individual, para mãe e RN), com direito a acompanhante	R\$ 387,30
Hospital dia – acomodação coletiva	R\$ 178,91
Hospital dia – acomodação individual	R\$ 318,91
Isolamento (de contato e/ou respiratório), por dia	R\$ 79,42
Internação psiquiátrica (instituição especializada) – diária global (apartamento / enfermaria)	R\$ 420,00
Hospital dia – instituição psiquiátrica (instituição especializada) (apartamento / enfermaria) abrangendo dependência química	R\$ 270,00

7.2.1. Em caso de utilização parcial da “Diária Acompanhante (Incluso hotelaria, café da manhã, almoço e jantar)”, o valor deverá ser cobrado proporcional, sendo R\$20,00 pela hotelaria/pernoite, R\$20,00 pelo café da manhã, R\$20,00 pelo almoço e R\$20,00 jantar.

7.2.2. A importância a ser indenizada servirá para cobrir as despesas inerentes ao alojamento e à alimentação, por dia de internação.

7.2.3. As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 horas de cada dia. Períodos inferiores a 12 horas serão cobrados meia diária.

7.2.4. Cobra-se uma diária por dia, iniciando pelo dia da baixa e o dia da alta não é contabilizado.

7.3. DOS PADRÕES DE ACOMODAÇÕES HOSPITALARES

7.3.1. Nos casos de internamento hospitalar, os beneficiários do SSM serão admitidos e acomodados pela entidade hospitalar de acordo com a infraestrutura existente em suas unidades, em atendimento às especificações abaixo, com os acompanhantes (para paciente menor de 18 anos ou maior de 60 anos de idade) sendo acomodados nos termos da legislação, obedecendo-se aos seguintes padrões:

a) Enfermaria: acomodação coletiva para dois e até 3 pacientes, equipada com banheiro completo, telefone e ar-condicionado;

b) Enfermaria em hospital dia: para beneficiários de pequena ou média cirurgia que não requeira pernoite e permaneça por até 12h na Instituição, sem direito à acompanhante (exceto nos casos previstos em lei), em acomodação com até 04 leitos, equipada com banheiro completo, telefone e ar-condicionado;

c) Apartamento individual: para 01 (um) beneficiário, equipada com banheiro privativo completo, telefone e ar-condicionado;

d) Apartamento individual em hospital dia: para 01 (um) beneficiário de pequena ou média cirurgia que não requeira pernoite e permaneça por até 12h na Instituição, sem direito à acompanhante (exceto nos casos previstos em lei), equipada com banheiro privativo completo, telefone e ar-condicionado;

e) Alojamento conjunto: contempla o conjunto de estrutura física, equipamentos e recursos humanos necessários à acomodação e assistência ao RN logo após seu nascimento, em unidade não intensiva, acompanhado da mãe.

7.3.2. No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com os padrões a que tem direito o beneficiário do FUSMA, a OSE obrigar-se-á a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, sem ônus adicional para o beneficiário ou para o Sistema de Saúde da Marinha.

7.4. TIPO DE ACOMODAÇÃO POR POSTO/PATENTE

7.4.1. Para efeito administrativo será autorizado o tipo de leito de acordo com o estipulado abaixo:

TIPO DE ACOMODAÇÃO	POSTO/PATENTE
APARTAMENTO	Oficiais Gerais (Contra-almirante, Vice-Almirante e Almirante de Esquadra) e seus dependentes, pensionistas equivalentes e seus dependentes; Oficiais Superiores (Capitão de Corveta, Capitão de Fragata e Capitão de Mar e Guerra) e seus dependentes, pensionistas equivalentes e seus dependentes.
ENFERMARIA	Oficiais Intermediários e subalternos (Capitão-Tenente, Primeiro-Tenente, Segundo-Tenente e Guarda-Marinha) e seus dependentes, pensionistas equivalentes e seus dependentes; e Praças (Suboficial, Primeiro-Sargento, Segundo-Sargento, Terceiro-sargento, Cabo, Soldado, Marinheiro, Grumete, Aluno Aprendiz-Marinheiro) e seus dependentes, pensionistas equivalentes e seus dependentes.

7.4.2. Observações:

7.4.2.1. É de RESPONSABILIDADE DA CREDENCIADA a correta identificação do usuário do Sistema de Saúde da Marinha para destinação de acomodação correta durante internamento hospitalar: apartamento ou enfermaria.

7.4.2.2. As gestantes terão direito a alojamento conjunto, ou seja, mãe e recém-nascido, desde que a Instituição disponha deste tipo de acomodação, e:

7.4.2.2.1. Caso o recém-nascido necessite permanecer internado – transcorridos dois dias após o parto - deverá ser solicitada guia de internação para o mesmo, com relatório do neonatologista, diagnóstico e justificativa.

7.4.2.2.2. Caso o recém-nascido não tenha direito ao SSM, a família assumirá a conta hospitalar à partir do 31º dia de vida ou realizará transferência deste para o SUS ou outro hospital de sua escolha. No caso de parto de beneficiária dependente de militar, observar o seguinte:

7.4.2.2.2.1. Se cônjuge e companheira legalmente habilitada, o recém-nato faz jus a internação por tempo indeterminado;

7.4.2.2.2.2. Se beneficiária não descrita na alínea anterior e recém-nato tenha complicações que necessite internação após o parto, este será amparado pelo SSM até trinta dias consecutivos após o nascimento; e

7.4.2.2.2.3. Se houver previsão de exceder o prazo de trinta dias após o nascimento, deverá ser viabilizada a transferência do lactente para o SUS ou outro hospital de escolha da família até o término do 30º (trigésimo) dia.

7.4.2.3. As crianças e adolescentes menores de 18 anos e idosos, a partir de 60 anos de idade terão direito a acompanhante; também aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicado por seu médico assistente e desde que as instalações da Unidade permitam.

7.4.2.4. A ausência de justificativa técnica, ou evolução médica, que caracterize a necessidade da internação do paciente em determinado leito hospitalar, implicará as seguintes sanções administrativas de acordo com a gravidade da infração:

7.4.2.4.1. GLOSA TOTAL da diária, quando não houver nenhuma justificativa técnica para permanência do paciente em ambiente hospitalar; e

7.4.2.4.2. REDUÇÃO do nível de complexidade da internação.

7.4.2.5. Alguns Capitão-Tenentes encontram-se na reserva remunerada com proventos de Capitão de Corveta, contudo descontam FUSMA com a patente que exerciam na ativa. Logo, sua acomodação se mantém como enfermaria.

7.5. Para efeito deste documento define-se:

7.5.1. Diária hospitalar: é a modalidade de cobrança pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar.

7.5.2. Day Clinic ou Hospital Dia: é compreendida como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, eletivos, onde não há pernoite do paciente, período inferior a 12 horas e será cobrada como meia diária.

7.5.3. A internação psiquiátrica na modalidade hospital dia compreende: todos itens descritos no item anterior; atendimento médico por plantonista de intercorrências, assistência psicológica, fisioterapêutica e de terapia ocupacional.

7.5.4. Isolamento: alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, mediante registro médico em prontuário e processo infeccioso grave, por germes multirresistentes, comprovados por exames laboratoriais. Deverá ser encaminhada solicitação prévia de autorização da CPPR ou homologada com carimbo e assinatura de Auditor in loco.

7.5.5. A estadia de paciente em leito diferente de sua cobertura por conveniência do prestador, profissional assistente ou da família não serão acatados pela CPPR. Dúvidas sobre as patentes dos militares e seus dependentes, poderão ser retiradas durante as 24h com o Oficial de Serviço pelo telefone (41) 99243-8873.

7.5.6. Despesas com acompanhante incluindo alimentação serão custeadas somente no caso de paciente menor de 18 anos, acompanhamento para partos ou maior de 60 anos e nos casos de pacientes especiais com justificativa médica autorizada previamente. Fora desses limites as despesas deverão ser cobradas pela CREDENCIADA diretamente ao acompanhante ou responsável. Será necessária apresentação do comprovante da despesa com refeição devidamente assinado pelo acompanhante, junto à fatura hospitalar.

7.6. Da composição das diárias:

7.6.1. DIÁRIAS NORMAIS: considerado nas internações clínicas ou cirúrgicas, em apartamento, enfermaria, berçário normal, e day hospital.

7.6.1.1. O valor da diária compreende: Instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de apoio); Leito próprio (cama, berço), com leito de acompanhante para quarto ou apartamento; Troca de roupa de cama (paciente e acompanhante) e banho do paciente; Procedimentos de enfermagem: Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas tanto enterais como parenterais; Aspiraões, inalações; Controle do balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca-passo, dentre outros; Coleta de espécimes biológicas (urina, fezes, sangue e secreções); Controle e monitorização de sinais vitais; Controle de glicemia; Cuidados e higiene pessoal do paciente; Curativos; Locomoção interna do paciente; Mudança de decúbito; Preparo do paciente para procedimentos cirúrgico, diagnóstico e terapêuticos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, enteróclise, venóclise, cateterismo, entre outros); Sondagens; Retiradas de pontos; Transportes de equipamentos (RX, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc); Orientações gerais por ocasião da alta e Preparo do corpo em caso de óbito; Desinfecção ambiental; Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; Lavagem e esterilização do instrumental e salas; Dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia); Assepsia e antissepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e antissépticos; Equipamentos necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc); Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta; Equipamento de proteção individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, pro pé, dispositivo para descarte de material perfuro cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR32; Equipamentos de uso comum e contínuo no tratamento dos pacientes serão incluídos na composição dos valores das diárias, taxas de sala em centro cirúrgico, ou salas fora do centro cirúrgico ou de exames de diagnósticos; Taxa administrativa (taxa de internação, de troca de apartamento, de registro de internação, de emissão

de segunda via da conta, de vigilância médica, de supervisão clínica, de avaliação admissional). Alimentação e eventual higiene após 6 horas em caso de paciente em pronto-socorro; e Atendimento pelo médico plantonista em casos de intercorrências clínicas.

7.6.1.2. Os valores das Diárias Normais não compreendem: Materiais, Medicamentos e OPME (Órteses, Prótese e Materiais Especiais); Utilização de equipamentos de uso específico ou não contínuo e instrumental cirúrgico; Honorários Médicos; Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia (SADT); Dietas enterais industrializadas, via sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, ileostomia ou via oral e suplementos especiais; Alimentação do acompanhante e opções de conforto; Insumos classificados como cosméticos que deverão ser custeados pelo paciente.

7.6.1.3. Caso o paciente seja transferido para berçário ou Unidade Especial (UTI, UTI Pediátrica ou Neonatal), o quarto da Unidade de Internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado;

7.6.1.4. Diária cuja permanência no leito ocorra sem a explícita necessidade de permanência em regime de internação, sejam por motivos sociais ou administrativos, não serão cobertas pela CREDENCIANTE.

7.6.2. DIÁRIA DE ISOLAMENTO compreendem todos os itens das diárias normais; paramentação (máscara, gorro, propés, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante; Itens permanentes da acomodação (estrutura física); e Recursos humanos necessários ao manejo do paciente em isolamento.

7.6.2.1. Não compreendem todos os itens excluídos das diárias normais.

7.6.3. DIÁRIAS ESPECIAIS:

7.6.3.1. BERÇÁRIO: O valor da diária compreende: todos os itens descritos em Diárias Normais; leito próprio (incubadora, berço aquecido); orientação nutricional durante a internação e no momento da alta.

7.6.3.2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI / UNIDADE CORONARIANA – UC / UNIDADE DE TERAPIA SEMI INTENSIVA (USI) –ADULTO. UTI / Unidade Semi-Intensiva - USI: adulto. Compreende todos os itens da diária hospitalar normal acrescidos dos seguintes itens, inclusive com presença médica e de enfermagem permanente: Respirador, Monitor multifuncional e multiparamétrico (Monitor de gases anestésicos, Monitor de Pressão Arterial Média Elétrica, Monitor de Pressão Arterial de Coluna de Mercúrio de Temperatura Eletrônico, Monitor Cardíaco, Monitor de ECG Contínuo, Monitor de Pressão Intracraniana, Monitor de Pressão Venosa Central, Oxímetro de pulso); Respirador de pressão e volume; Eletrocardiógrafo; Bombas de alimentação enteral e parenteral (até 5); Desfibrilador / Cardioversor; Nebulizador ultrassônico (quando utilizado, não pagar a gasoterapia se for o aparelho); Aspirador a vácuo (exceto de aspiração contínua); Capnógrafo; e Isolamento, quando necessário (vide cobrança de diária de isolamento).

7.6.3.3. UTI NEONATAL: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos nas Diárias Normais; todos os itens descritos no item Berçário e todos os itens descritos no item UTI/USI, acrescidos de fototerapia, bilispot e materiais necessários a implantação e monitorização pelos equipamentos incluídos nessa diária.

7.6.3.4. DIÁRIA GLOBAL PSIQUIÁTRICA: A internação psiquiátrica na sua modalidade global compreende: Todos os itens descritos nas Diárias Normais; honorários médicos, visitas, atendimento médico por plantonista de intercorrências à beira do leito, insumos e materiais

hospitalares, medicamentos (exceto palmitato de paliperidona), SADT, gasoterapia, assistência psicológica, fisioterapêutica e de terapia ocupacional.

7.6.4. O valor das diárias especiais não compreende: utilização de equipamento e instrumental cirúrgico não incluídos na composição da diária; OPME; honorários médicos e SADT.

8. GASES MEDICINAIS

8.1. Referido item contempla os serviços caracterizados pela utilização de gases medicinais, sendo quantificada conforme a vazão, por hora ou sessão, excetuando-se os itens incluídos em pacotes e não autorizados.

8.2. A utilização de gases medicinais serão remunerados conforme a TABELA PRÓPRIA abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica:

GASES MEDICINAIS	Valor (R\$)
Ar comprimido por hora	R\$ 14,31
Gás Carbônico por sessão	R\$ 35,55
Oxido Nitroso/Protóxido Azoto por hora	R\$ 46,25
Oxigênio – 1 L/min (hora)	R\$ 4,99
Oxigênio – 5 L/min (hora)	R\$ 13,30
Oxigênio – 8 L/min (hora)	R\$ 22,22
Oxigênio – 10 L/min (hora)	R\$ 22,22
Oxigênio – 15 L/min (hora)	R\$ 40,00
Nebulização com oxigênio (uso/sessão) – (incluso na taxa broncodilatadores e veículos)	R\$ 8,00
Aspiração oral ou traqueal – insumos	R\$ 6,50
Óxido Nítrico por hora	R\$46,75

8.3. A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme a prescrição médica em prontuário, checado e registrado pelo serviço de enfermagem, sendo unificado um mesmo valor para todas as classes de prestador.

8.4. Está sendo usado como referência o valor equivalente a uma hora de consumo ou sessão, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada.

8.5. A nebulização com oxigênio compreende o uso de oxigênio e, a nebulização sem oxigênio compreende o uso de ar comprimido, máscara, extensor, soro fisiológico, seringa e agulhas, serviço de enfermagem, e medicamentos broncodilatadores (atrovent e berotec). Serão remunerados

separadamente os corticoides e fluidificantes, quando prescrito pelo médico e checados pelo serviço de enfermagem.

8.6. Observações

8.6.1. Oxigênio 1 a 5L/min: Utilizado em máscara facial e cateter nasal. Prescrito por profissional médico em uso contínuo ou intermitente.

8.6.2. Oxigênio 8 L/min: Utilizado em Centro Cirúrgico no(s) carro(s) de Anestesia com cal sedada ou protóxido.

8.6.3. Oxigênio 10 L/min: Utilizado em macro nebulização contínua e CPAP.

8.6.4. Oxigênio 15 L/min: Utilizado exclusivamente em respiradores de fluxo contínuo.

9. SERVIÇOS DE REMOÇÃO E TRANSPORTE

9.1. Este item abrange as remoções ou transferência de enfermos em veículos, realizada entre os municípios definidos na área de abrangência do Termo de Referência, excetuando-se os itens incluídos em pacotes ou não autorizados.

9.1.1. Em caráter excepcional, comprovada a necessidade e devidamente autorizado pela Diretoria de Saúde da Marinha, poderão ser realizadas remoções ou transferências entre localidades fora dessa área de abrangência.

9.2. O deslocamento de enfermos serão remunerados conforme a TABELA PRÓPRIA abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica:

REMOÇÕES MÉDICAS	Valor (R\$)
Ambulância Tipo A – Transporte de paciente (ida e volta região metropolitana)	R\$ 400,00
Ambulância Tipo A – Transporte de paciente (somente ida região metropolitana)	R\$ 400,00
Ambulância Tipo A – Quilômetro rodado (adicional fora da região metropolitana)	R\$ 10,00
Ambulância Tipo B – Transporte de paciente (ida e volta região metropolitana)	R\$ 456,67
Ambulância Tipo B – Transporte de paciente (somente ida região metropolitana)	R\$ 415,00
Ambulância Tipo B – Quilômetro rodado (adicional fora da região metropolitana)	R\$ 10,00
Ambulância Tipo C – Transporte de paciente (ida e volta região metropolitana)	R\$ 615,00
Ambulância Tipo C – Quilômetro rodado (adicional fora da região metropolitana)	R\$ 10,00
Ambulância Tipo D – Transporte de paciente (ida e volta região metropolitana)	R\$ 1.350,00
Ambulância Tipo D – Transporte de paciente (somente ida região metropolitana)	R\$ 1.500,00
Ambulância Tipo D – Quilômetro rodado (adicional fora da região metropolitana)	R\$ 15,00
Aéreo misto – Tipo E – Quilômetro voado	R\$ 39,47

9.2.1. Para o cômputo de quilometragem rodada ou voada, contabilizar-se-á somente o deslocamento de ida e volta, do ponto de origem do paciente ao seu destino final, independente do local de guarda da viatura ou aeronave.

9.2.2. A região metropolitana de Curitiba abrange os seguintes municípios: São José dos Pinhais, Pinhais, Araucária, Campo Largo, Fazenda Rio Grande, Campo Magro, Piraquara, Almirante Tamandaré, Paranaguá e região litorânea.

9.2.3. Está incluso nos valores o deslocamento de no mínimo 1 (um) paciente e 1 (um) acompanhante.

9.3. Tipificação das Ambulâncias:

9.3.1. TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

9.3.2. TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte interhospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção de equipe de saúde no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

9.3.3. TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

9.3.4. TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC.

9.4. Para autorização de deslocamento de enfermos por transporte terrestre, faz-se necessário apresentação de justificativa médica prévia junto ao setor de regulação da CPPR, por meio de e-mail para cppr.credenciados@marinha.mil.br.

9.4.1. Nos casos de Urgência/emergência, o transporte será realizado em tempo e deverão ser apresentadas as justificativas médicas da necessidade de urgência, em até 48h após a utilização.

9.4.2. Apenso às faturas, deverá ser incluído relatório médico circunstanciado que embase tanto a necessidade técnica eletiva quanto emergencial de utilização do transporte.

9.4.3. A indisponibilidade de serviços, mesmo que temporariamente, na sede da CREDENCIADA, não será considerada justificativa para cobrança de transporte médico, exceto nos casos de urgência/emergência, devidamente autorizados ou solicitados pela CREDENCIANTE.

9.5. A remoção ou transferência utilizando o tipo “Aéreo misto – Tipo E” contempla a utilização do transporte de usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) em UTI aérea, em caráter de urgência e/ou emergência, com equipe técnica especializada, incluindo o transporte terrestre do paciente da origem até a aeronave, bem como da aeronave até a unidade hospitalar de destino, em Ambulância de Suporte Avançado - tipo “D”, da área de jurisdição do Comando do 8º Distrito Naval para Organização Militar de Saúde da Marinha do Brasil ou outra Força Singular (OMS) e, eventualmente, para Organização de Saúde Extra-Marinha.

9.5.1. Referido tipo de transporte só poderá ser utilizado, quando comprovada a necessidade e devidamente autorizado pela Diretoria de Saúde da Marinha.

9.5.2. A aeronave utilizada deverá ser no mínimo do tipo bimotor, turbo hélice, com velocidade mínima exigida de 350Km/h.

9.6. A Definição dos materiais e equipamentos das ambulâncias deverá estar de acordo com o item 3. da Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.

10. SERVIÇO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - SIAD

10.1. Os serviços de saúde precificados neste item abrangem um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio, excetuando-se os itens incluídos em pacotes ou não autorizados.

10.2. Serão pagos conforme a tabela abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica e valores mínimos estabelecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem conforme resolução Nº 673/2021.

SERVIÇO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	
Honorários Profissionais:	
Visita pontual da enfermagem para realizar procedimentos específicos	R\$ 60,00
Enfermeiro (visita)	R\$ 70,00
Técnico de enfermagem por até 3 horas	R\$ 64,80
Técnico de enfermagem por até 6 horas	R\$ 156,00
Técnico de enfermagem por até 12 horas	R\$ 241,00
Técnico de enfermagem por até 24 horas	R\$ 427,00
Sessão de Terapia Ocupacional Atendimento domiciliar	R\$ 77,33
Sessão de Psicoterapia Domiciliar	R\$ 70,00
Médico (Visita Domiciliar)	R\$ 240,00
Sessão de Fonoaudiologia domiciliar	R\$ 76,00
Sessão de Fisioterapia Domiciliar	R\$ 70,00

10.3. Todos os Serviços de Enfermagem em Domicílio já estão inclusos nos períodos de Internação Domiciliar e Honorários dos técnicos e profissionais de enfermagem.

10.3.1. A realização individual dos Serviços de Enfermagem em Domicílio, depende de autorização prévia com emissão de GAU junto à CPPR.

10.4. ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (6, 12 e 24 horas):

10.4.1. Visita de Urgência e Emergência do Enfermeiro, quando se fizer necessário (sem custo adicional);

10.4.2. Central de Atendimento 24 horas;

10.4.3. Realização de todos os serviços de enfermagem passíveis de serem realizados em domicílio, não sendo permitido inclusão de honorários adicionais, praticados por enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem, presentes na tabela de Honorários em Domicílio;

10.4.4. Coleta de exames laboratoriais no domicílio;

10.4.5. Equipamentos inclusos nas diárias: ambu com máscara e reservatório de O2, andador, bomba de infusão, cadeira de rodas, cama hospitalar com 3 elevações e grades, comadre/papagaio, escada de 2 degraus, estetoscópio, esfigmomanômetro, muletas, nebulizador, macronebulizador, aspirador de secreções de vias aéreas, suporte de soro com rodízios, tensiômetro, termômetro, oxímetro de pulso, base de umidificação, vacuômetro e no-break. Obs: obrigatórios conforme necessidade clínica de cada paciente;

10.4.6. Materiais de uso na higiene e desinfecção (luvas de procedimentos, tintura de benjoim, algodão, álcool, PVPI e clorexidine degermante);

10.4.7. Emissão de relatório de enfermagem mensal (a não observância desta solicitação implicará em glosa dos serviços prestados);

10.4.8. Treinamento e orientação do familiar/cuidador para assumir os cuidados com o paciente tendo em vista a promoção do autocuidado;

10.4.9. Assistência de Enfermagem conforme necessidade, supervisionado pela Coordenação de Enfermagem, para execução dos procedimentos, conforme descritos abaixo:

10.4.9.1. Montagem da Unidade de Internação Domiciliar (UID);

10.4.9.2. Troca de roupa de cama e banho do paciente; e

10.4.9.3. Serviços de Enfermagem realizados no leito do paciente:

10.4.9.3.1. Administração de medicamentos por todas as vias (oral, endovenosa, intramuscular, subcutânea, gastrostomia, enteral, retal, tópico, ocular, nasal, otológico e vaginal);

10.4.9.3.2. Preparo, instalação e manutenção por todas as vias;

10.4.9.3.3. Controle de sinais vitais;

10.4.9.3.4. Controle de diurese;

10.4.9.3.5. Tricotomia;

10.4.9.3.6. Curativos. Os casos em que houver necessidade de realização de curativos especiais, os mesmos deverão estar acompanhados de relatório constando a profundidade (medidas), se há presença de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, materiais a serem utilizados e programação de alta/desmame;

10.4.9.3.7. Sondagens;

10.4.9.3.8. Aspiraões;

10.4.9.3.9. Mudanças de decúbito;

10.4.9.3.10. Locomoção interna do paciente;

10.4.9.3.11. Preparo de paciente para procedimentos médicos;

10.4.9.3.12. Cuidados e higiene pessoal do paciente;

10.4.9.3.13. Preparo do corpo em caso de óbito;

10.4.9.3.14. Transporte de equipamentos (eletrocardiógrafo, ultrassom, etc.);

10.4.9.3.15. Assepsia e antisepsia de equipamentos e materiais; e

10.4.9.3.16. Coleta de Exames laboratoriais no domicílio.

10.4.10. Os procedimentos de enfermagem citados nessa seção são somente exemplificativos, estão inclusos ainda, quaisquer tipos de procedimentos que estejam elencados dentro dos limites de atuação da equipe de enfermagem.

10.4.11. Na visita do enfermeiro estão inclusos ainda a realização no domicílio do paciente de qualquer procedimento de enfermagem que estejam elencados dentro dos limites de atuação do enfermeiro.

10.5. Especialidades não presentes neste item, serão remuneradas conforme suas referidas tabelas presentes neste anexo.

10.6. Não é previsto o fornecimento dos seguintes itens pelo SIAD quando o mesmo não estiver incluído em outras taxas como a diária da internação:

10.6.1. Materiais de consumo: fraldas, materiais de higiene, cosméticos e correlatos, seringas, gases, luvas, lancetas e fitas de glicemia capilar, curativos especiais, colchão (qualquer tipo), equipo, frascos de dieta e sondas de aspiração gástrica, enteral e vesical;

10.6.2. Equipamentos permanentes: mobiliário de uso hospitalar;

10.6.3. OPME; e

10.6.4. Medicamentos de uso ambulatorial oral.

11. EXAMES DE IMAGEM

11.1. Referido item abrange somente os Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT - capítulo IV da CBHPM), códigos iniciados por 4.08.nn.nn-n até 4.11.nn.nn-n, compreendendo os grupos Métodos Diagnósticos por Imagem, Métodos Intervencionistas por Imagem, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

11.2. Com base na avaliação da pesquisa mercadológica, os itens relacionados ao referido serviço, serão calculados conforme tabela Oficial CBHPM/2014 e suas regras gerais com o valor de Porte e valor de Unidade de Custo Operacional (UCO - R\$ 16,15) do Comunicado da CBHPM de 18 de outubro de 2014, plena.

11.2.1. Para os procedimentos que não constarem na edição da tabela acima acordada, somente quando previamente autorizados pela Diretoria de Saúde da Marinha, poderão ser utilizados os códigos de porte existentes na primeira edição da tabela em que constarem, porém serão calculados conforme o valor de Porte, valor de UCO e regras gerais definidas na tabela citada no item anterior.

11.2.2. O filme radiológico adotado o valor de R\$ 31,59 (trinta e um reais e cinquenta e nove centavos) o metro quadrado utilizando para cobrança os parâmetros do contrato vigente.

11.3. Pacotes:

11.3.1. Para os casos de 02 ou mais exames em que são utilizados contrastes radiológicos, será pago o valor de 01 pacote (100%) e metade do valor (50%) do pacote para as demais tomografias e/ou ressonâncias.

11.4. Exames com contraste, somente serão autorizados se houver solicitação do mesmo em pedido médico, devidamente autorizado através da GAU ou, na ausência deste, mediante e justificativa do radiologista e envio do laudo indicando o uso do contraste.

11.4.1. A indicação de contraste deverá seguir as orientações previstas pelo Colégio Brasileiro de Radiologia;

11.4.2. A folha de entrevista/procedimento deve estar anexada na conta;

11.4.3. Não será remunerado para paciente alérgico, exceto quando comprovado a dessensibilização; e

11.4.4. Uso de contraste não-iônico deverá ser racional e com estrita indicação, sendo passível de auditoria retrospectiva.

12. EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS E ANATOMOPATOLÓGICAS

12.1. Referido item abrange somente os Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT - capítulo IV da CBHPM), códigos iniciados por 4.03.nn.nn-n até 4.06.nn.nn-n, compreendendo os grupos Medicina laboratorial, Medicina Transfusional, Genética, Anatomia Patológica e Citopatologia, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

12.2. Com base na avaliação da pesquisa mercadológica, os itens relacionados ao referido serviço, serão calculados conforme tabela Oficial CBHPM/2014 e suas regras gerais com o valor de Porte e valor de Unidade de Custo Operacional (UCO - R\$ 16,15) do Comunicado da CBHPM de 18 de outubro de 2014, plena.

12.2.1. Para os procedimentos que não constarem na edição da tabela acima acordada, somente quando previamente autorizados pela Diretoria de Saúde da Marinha, poderão ser utilizados os códigos de porte existentes na primeira edição da tabela em que constarem, porém serão calculados conforme o valor de Porte, valor de UCO e regras gerais definidas na tabela citada no item anterior.

12.3. Pacote de toxicologia:

12.3.1. O exame toxicológico “Exame toxicológico em matriz biológica (cabelo, pelo ou raspas de unhas), 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.” será remunerado em R\$154,50.

12.3.2. A CREDENCIADA fica obrigada a fornecer aos pacientes informações adequadas, claras e precisas sobre todas as etapas e procedimentos relativos ao exame toxicológico, com especificação das características do exame, lista dos postos de coleta laboratorial exclusivos, incluindo o direito à contraprova, **SEM QUALQUER ÔNUS** para a CREDENCIANTE.

13. MEDICAMENTOS E CORRELATOS

13.1. Os medicamentos, imunoterápicos, quimioterápicos, radiofármacos, hemoderivados e correlatos em geral serão remunerados de acordo com os valores estabelecidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED/ANVISA e BRASINDICE), publicados no site da ANVISA e vigentes na data de sua utilização, com base nos valores apresentados na coluna Preço de Fábrica (PF) com ICMS de acordo com o estabelecido para o Estado do Paraná.

13.1.1. Na ocorrência de diferença do preço de fábrica (PF), para um mesmo produto, nas tabelas CMED/ANVISA e BRASINDICE, será remunerada a ocorrência de menor valor.

13.1.2. Medicamentos não presentes na tabela CMED/ANVISA, serão remunerados pelo Preço de Fábrica (PF) do Guia Farmacêutico BRASÍNDICE corrente.

13.1.3. Caso algum item não conste na tabela da CMED/ANVISA ou BRASÍNDICE, será remunerado pelo preço justo de mercado, com apresentação das respectivas Notas Fiscais.

13.1.4. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

13.1.5. Afasta-se as presentes regras de preço deste item, caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.

13.2. O registro do medicamento na ANVISA, é condição imprescindível para autorização.

13.2.1. Uso “off-label” ou de caráter experimental de materiais e medicamentos não serão remunerados.

13.3. Encontra-se vedado qualquer tipo de aplicação de margem decorrente da administração de medicamentos, de acordo com Orientação da Consultoria Jurídica da União às Forças Armadas que nos termos do Despacho nº 448/2019/DECOR/CGU/AGU, deu o seguinte Parecer nº 19/2019/DECOR/CGU/AGU: “Consolide-se, por conseguinte, o entendimento no sentido de que, para aquisição de medicamentos, a tabela de valores editada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED representa o preço máximo que pode ser pago pela Administração Pública, cumprindo ao gestor, no entanto, realizar pesquisa de preços previamente à realização da licitação para fins de estimar o efetivo valor de mercado das aquisições. Consolide-se, ainda, que no âmbito dos serviços hospitalares, prestados de forma complementar para assistência médica a militares pelos seus fundos de saúde, as pessoas físicas ou jurídicas contratadas apenas podem ser reembolsadas pelos custos referentes aos medicamentos, aplicando-se como teto o “Preço Fabricante” divulgado pela CMED, nos termos da Resolução CMED nº 3, de 04 de maio de 2009 e da Orientação Interpretativa CMED nº 5, de 12 de novembro de 2009.”

13.4. Fica definido o valor máximo de até R\$ 600,00 (seiscentos reais) para remuneração de medicamentos de alto custo sem a necessidade de autorização prévia da CREDENCIANTE, desde que tecnicamente embasados.

13.5. A medicação remunerada será a GENÉRICA de menor valor existente no mercado, de acordo com a prescrição médica, quando houver disponibilidade de opção no mercado. Em caso de inviabilidade, a utilização do medicamento de referência deverá ser comprovada por meio de relatório médico justificado, ficando a verificação in loco do serviço de auditoria, se necessário.

13.5.1. Não será aceita como justificativa apenas os dizeres “não trocar por genérico” e “não genérico” pois não fornecem informações precisas e científicas sobre a justificativa para não uso do genérico, que possui amparo legal da ANVISA.

13.5.2. É obrigatória a apresentação de lacres, invólucros, embalagem ou etiquetas do registro do produto na ANVISA, apenso à fatura, para materiais/medicamentos acima de R\$600,00.

13.5.3. Caso seja prescrito medicamento ético e exista no mercado a mesma formulação genérica, mesmo que em dose inferior, será pago o genérico no quantitativo prescrito, exemplo que ocorre com Meromax 2g, onde serão remuneradas 2 ampolas de Meropenem 1g.

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

13.6.1. Sugere-se aos credenciados que estabeleçam protocolos de agendamentos de quimioterapia e imunobiológicos com a finalidade de otimizar o uso de ampolas.

13.6.2. Os casos não passíveis de fracionamento serão analisados conjuntamente e autorizados de acordo com prévia justificativa médica ou do credenciado.

13.7. Antibióticos como: Meropenem, Targocid, Torgena, Teicoplanina, Fluconazol EV, Tazocin, Ganciclovir, Zyvox, Mycamine, Voriconazol, Levofloxacin EV, Polimixina B e Ertapenem ou seus genéricos, que terão as primeiras 72h aprovadas, porém a continuidade necessitará de autorização. O parecer de infectologista e exames de cultura poderão ser solicitados pela auditoria médica para a sua manutenção.

13.7.1. Torgena, Anfotericina B lipossomal (Ambisome), Ecalta e Cancidas necessitarão de parecer por escrito do infectologista e exames de cultura que justifiquem a sua indicação desde o princípio do tratamento.

13.8. Medicamentos como: Albumina Humana, Eritropoetina, Tenecteplase, Filgrastin (Granulokine), Mathergan, Actilyse, Precedex, Sandostatin, Terlipressina, Beriplex terão as primeiras 72h aprovadas, porém a continuidade necessitará de autorização. Parecer de especialistas e exames poderão ser solicitados pela auditoria médica para a sua manutenção.

13.9. O medicamento Imunoglobulina precisará de prévia autorização. Para tanto, necessita de relatório médico, peso do paciente e prescrição para a sua análise.

13.10. Neonatologia: Surfactante (Curosurf) terá as primeiras 72h aprovadas, porém a continuidade necessitará de autorização. Parecer de especialista poderá ser solicitado pela auditoria médica para a sua manutenção.

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

13.12. Os quimioterápicos oftalmológicos necessitam de autorização prévia e envio do invólucro anexado a conta.

13.13. Somente serão pagas as medicações prescritas e checadas de FORMA CLARA pelo profissional de enfermagem, constando o horário, assinatura e carimbo do funcionário que a administrou.

13.14. Não serão pagos os medicamentos fornecidos aos pacientes para complementação do tratamento domiciliar, mesmo sob o argumento de que são medicamentos de utilização rara no hospital.

13.15. Não serão pagos os medicamentos, como antibióticos, fornecidos aos pacientes para uso em diálise, SEM autorização prévia.

13.16. Deverá ser entregue o protocolo institucional de diluição das medicações venosas.

13.17. Não será remunerada água destilada estéril para administração em sonda nasoenteral no intervalo das dietas.

13.18. Só será remunerado Zofran referência e genérico correspondentes, para pacientes oncológicos, no centro cirúrgico e até 48 horas do pós-operatório.

13.19. A prescrição de inibidores de bomba de próton, Zofran e albumina deve ser restrita às situações para as quais a eficácia tenha sido efetivamente demonstrada e seu uso deve ser ratificado por auditor in loco, sendo passível de glosa.

13.20. Medicamentos em ampola e/ou frasco ampola:

13.20.1. Serão pagos integralmente, mesmo que a quantidade prescrita seja inferior àquela acondicionada na ampola, exceto oncológicos.

13.20.2. Na cobrança, deverá ser obedecida a regra da “menor apresentação” existente na CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento) com data de vigência, referente ao mês do atendimento. A falta de determinada apresentação na farmácia do hospital não lhe permite cobrar por outras apresentações mais caras, exceto em situações de calamidade pública com devida justificativa e autorização prévia do Setor de Medicina Assistencial da CREDENCIADA.

13.20.3. A cobrança e o respectivo pagamento estão condicionados à ESTABILIDADE do medicamento.

13.21. Medicamentos em comprimidos:

13.21.1. Deverão ser cobrados POR UNIDADE.

13.21.2. Não existindo a apresentação prescrita pelo médico, havendo, portanto, necessidade de fragmentação do comprimido, pagar-se-á o comprimido inteiro, por horário prescrito e checado pela enfermagem.

13.22. O hospital não poderá cobrar por medicamentos “doados” ao paciente para complementação do tratamento em casa.

13.23. Medicamentos líquidos (suspensão, gotas, xarope):

13.23.1. Será remunerado em ML, mediante prescrição médica e checagem de enfermagem.

13.24. Medicamentos em spray:

13.24.1. Para procedimentos endoscópicos (endoscopia digestiva alta, broncoscopia, etc), pagar-se-á o valor equivalente as doses administradas fracionadas, registradas em prontuário.

13.25. Medicamentos tópicos:

13.25.1. Pagar-se-á o frasco inteiro, independentemente da quantidade prescrita.

13.25.2. Medicamentos em tubo (pomadas, creme, gel), serão pagos em unidades inteiras, independentemente do número de aplicações; exceto em procedimentos endoscópicos, sondagens, biópsias, curativos e/ou casos diagnósticos que serão pagos fracionados, e/ou por seringa de 10g a tubo de 30g.

13.25.3. Não serão cobertos medicamentos para prevenção ou catalogados como cosméticos na ANVISA.

13.25.4. Os tópicos utilizados para tratamento de lesões deverão constar em prescrição médica e a quantidade será remunerada de acordo com a checagem e anotação de enfermagem, esta deverá discriminar área, extensão, profundidade e aspecto da lesão.

13.26. Medicamentos de uso nasal:

13.26.1. Pagar-se-á o frasco inteiro, independentemente da quantidade prescrita, exceto para procedimentos cirúrgicos e/ou ambulatorial.

13.27. Líquidos e pomadas:

13.27.1. Atrovent e Berotec será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro);

13.27.2. Xylocaína líquida: será cobrada por ml; e

13.27.3. Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).

13.28. A CREDENCIANTE se pauta no princípio ético de não indicar atos desnecessários ou proibidos pela legislação do País. A prescrição racional de medicamentos significa escolher o melhor tratamento medicamentoso, com base nos critérios de eficácia, segurança, aplicabilidade (comodidade) e custo financeiro para o paciente de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) que sugere critérios para reduzir a polifarmácia.

13.29. Os imunobiológicos, imunomoduladores, quimioterápicos e terapias alvo especiais, descritos no subitem abaixo, quando não puderem ser substituídos por medicações de menor custo, necessitam de autorização especial para uso e serão remunerados de acordo com os valores estabelecidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED/ANVISA e BRASINDICE), publicados no site da ANVISA e vigentes na data de sua utilização, com base nos valores apresentados na coluna Preço de Fábrica (PF) com ICMS de acordo com o estabelecido para o Estado do Paraná.

13.29.1. Relação de imunobiológicos, imunomoduladores, quimioterápicos e terapias alvo especiais que necessitam de autorização especial para uso: Abiraterona, Abraxane, Actemra, Adcetris, Afinitor, Alecensa, Alimta, Arzerra, Avastin, Azacitidina, Bavencio, Bendamustina, Benlysta, Blauimuno, Blincyto, Bonar, Bortezomibe, Brukinsa, Cabazitaxel, Cabazitaxel, Cabazred, Cabometyx, Caelyx, Calquence, Cardioxane, Cetuximabe, Cimzia, Cosentyx, Cyramza, Dacogen, Dalinvi, Darolutamida, Decitabina, Doxopeg, Emgality, Empliciti, Enbrel Pfs, Enfortumabe Vedotina, Enhertu, Entyvio, Epkinly, Erbitux, Erleada, Evenity, Evoclass, Evomixan, Evusheld, Exjade, Faslodex, Faulblastina, Ferinject, Firmagon, Flebogamma, Fulvestranto, Gazyva, Genuxal, Givec, Glivec, Halaven, Herceptin, Herceptin Sc, Hizentra, Holoxane, Humira, Hycamtin, Ibrance, Imbruvica, Imfinzi, Imjudo, Imunoglobulin, Imunoglobulina Humana Normal Iv-Flebogamma 5% Dif, Inlyta, Irinotecano, Jakavi, Javlor, Jevtana, Kadcylla, Kanjinti, Keytruda, Kisqali, Kyprolis, Lartruvo, Lenvima, Leustatin, Libtayo, Lisodren, Lonsurf, Luspatercepte, Lynparza, Mabthera, Mekinist, Minjuvi, Mozobil, Mvasi, Navelbine, Neulastim, Nexavar, Ninlaro, Norelbin, Nubeqa, Oncaspar, Opdivo, Opdualag, Osimertinibe, Paclitaxel, Padcev, Pemeglenn, Pemetrexede, Perjeta, Pertuzumabe + Trastuzumabe, Phesgo, Piqray, Prolia, Qarziba, Reblozyl, Redtibi, Remicade, Remsima, Revlimid, Revolade, Ribomustin, Rituximabe, Riximyo, Rybrevant, Sacituzumabe Govitecano, Sandoglobulina, Sandoglobulina Privigen, Sandostatin Lar, Saphnelo, Sarclisa, Simponi, Somatuline Autogel, Sotorasibe, Spravato, Sprycel, Stelara, Stivarga, Supreniq, Sutent, Sylvant, Synagis, Tafenlar, Tagrisso, Taltz, Tarceva, Tasigna, Tecentriq, Temodal, Temozolamida, Tepmekto, Thymoglobuline, Torisel, Trifluridina + Cloridrato De Tipiracila, Trodelvy, Truxima, Tykerb, Urohipe, Vectibix, Velcade,

Venclexta, Verzenios, Vidaza, Vincristina, Vivaxxia, Votrinet, Votrient, Winduza, Xalkori, Xgeva, Xolair, Xtandi, Yervoy, Yuflyma, Zaltrap, Zedora, Zejula, Zelboraf, Zoladex e Zytiga.

13.29.2. O fornecimento dos medicamentos citados no subitem anterior, independente do valor, deverá ser precedido de autorização prévia da CREDENCIANTE, cuja avaliação dependerá de apresentação, por parte da CREDENCIADA, de relatório médico que justifique tecnicamente a impossibilidade de substituição combinação de tratamentos ou medicamentos de menor custo que não façam parte da referida lista.

14. DIETAS E PRODUTOS NUTRICIONAIS

14.1. Referido item abrange os produtos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição parenteral e ou enteral, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

14.2. As dietas e produtos nutricionais, enterais, parenterais, suplementos, vitaminas e minerais poderão ser remunerados de acordo com os valores estabelecidos pelo Guia BRASINDICE vigente na data de sua utilização e serão pagas pelo preço publicado, aplicado deflator de 50%.

14.2.1. Caso não haja referência em Guia BRASINDICE vigente na data, a dieta será remunerada pela última publicação do guia com deflator de 50%.

14.2.2. Caso não haja qualquer referência em Guia BRASINDICE, a remuneração será com base em valores de nota fiscal de aquisição no mercado distribuidor.

14.2.3. Caso a dieta esteja incluído na composição de taxas, diárias ou pacotes, a mesma não poderá ser cobrado separadamente.

14.2.4. Afasta-se as presentes regra de preço deste item, caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor incompatível ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.

14.3. A CONTRATADA deverá conter uma equipe composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos, assim como deverá permanecer com a equipe de enfermagem de sobreaviso em regime de 24 horas para qualquer intercorrência que venha a surgir.

14.4. A Contratada deverá ter seus registros legais na Vigilância Sanitária e cumprir as portarias pertinentes do Ministério da Saúde em relação aos serviços de nutrição enteral e parenteral.

14.5. Os gêneros alimentícios, fornecidos nas dietas por via oral, tem a sua remuneração inclusa no valor da diária hospitalar conforme acomodação prevista para o beneficiário, não sendo admitido o faturamento em separado.

15. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS)

15.1. Referido item abrange “aparelhos ou dispositivos destinado a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função, congênita ou adquirida, ou dificuldades de sustentação”; “aparelhos ou dispositivos destinados a substituir um órgão, um membro ou parte do membro, destruído ou gravemente

acometido, de natureza removível ou fixa, destinado à recuperação funcional” e “materiais especiais destinados a contribuir para melhoria ou recuperação de deficiência funcional do organismo”, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

15.2. As órteses, próteses e materiais especiais poderão ser remunerados através de apresentação de Nota Fiscal, acrescido de taxa de comercialização de 15% (quinze por cento).

15.2.1. A soma do valor do OPME com o percentual de 15 % (quinze por cento) aplicado sobre o valor total do material adquirido, não poderá ultrapassar aos valores referenciais dos mesmos, listados na Tabela SIMPRO (quando disponível).

15.2.2. A aprovação do OPME solicitado fica condicionada à apresentação, pela CREDENCIADA, de no mínimo três (03) orçamentos emitidos por fornecedores distintos, os quais deverão ser encaminhados para análise e aprovação desta Administração. Na hipótese de impossibilidade de obtenção de um ou dois orçamentos, a CREDENCIADA deverá comprovar documentalmente a solicitação junto aos fornecedores, bem como a respectiva negativa ou ausência de resposta, para fins de avaliação excepcional. A aprovação do orçamento que atenda às necessidades assistenciais ficará condicionada à adequabilidade do preço aos valores praticados no mercado local, após conferência das indicações clínicas e dos protocolos aplicáveis, podendo o valor ser objeto de certificação e renegociação junto aos fornecedores, quando necessário.

15.2.3. A indicação de OPME deverá obedecer a Resolução do CFM nº 1956 de 25/10/2010.

15.2.4. Caso o OPME esteja incluso na composição de pacotes os mesmos não poderão ser cobrados separadamente.

15.2.5. Após ratificação do uso do OPME, para o caso aplicado, o material de menor valor de mercado será autorizado.

15.3. Para os CASOS ELETIVOS, o credenciado deverá, com no mínimo 72 (setenta e duas) horas de antecedência à realização do procedimento, encaminhar e-mail para cppr.credenciados@marinha.mil.br anexando:

15.3.1. Justificativa médica, exames de imagem e exames laboratoriais ou outros documentos que embasaram a necessidade de utilização do referido OPME;

15.3.2. 3 (três) orçamentos de seus fornecedores referenciados no BRASÍNDICE/SIMPRO (quando disponível), sendo imprescindível a indicação do CNPJ de cada fornecedor, nome do fabricante, código da ANVISA e, no caso de único fornecedor, apresentar carta de exclusividade.

15.3.3. Se não houver disponibilidade de indicação de 3 orçamentos, deverá ser encaminhada negativa do fornecedor (não possuir material ou não cotar para a Marinha) ou carta de exclusividade.

15.3.4. Nos casos de OPME que constem da tabela BRASINDICE/SIMPRO, deverá ser apresentada uma planilha demonstrativa devidamente assinada pelo Responsável do setor de OPME da CREDENCIADA, constando todo o detalhamento da OPME, como, por exemplo: **número de registro ANVISA, código, fabricante, marca, validade, quantidade e valor de referência conforme a tabela SIMPRO.**

15.3.5. Os procedimentos cirúrgicos eletivos só poderão ser agendados pela CREDENCIADA após a liberação da CREDENCIANTE, o qual poderá ocorrer em até 15 dias úteis, após a entrega dos orçamentos pela CREDENCIADA ou fornecedor.

15.3.6. Não serão pagos os OPME não constantes do orçamento inicial, salvo em casos de alteração cirúrgica devidamente fundamentada e ratificada pela Diretoria de Saúde da Marinha.

15.4. Para os CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, QUANDO NÃO HOUVER A POSSIBILIDADE DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, deverá ser utilizado o material disponível no credenciado e este terá até 48 (quarenta e oito) horas após a realização do procedimento para encaminhar e-mail para cppr.credenciados@marinha.mil.br anexando:

15.4.1. Justificativa médica, exames de imagem e exames laboratoriais ou outros documentos que embasaram a decisão em operar de urgência/emergência o paciente, bem como a necessidade de utilização do referido OPME.

15.4.2. 3 (três) orçamentos de seus fornecedores referenciados no BRASÍNDICE/SIMPRO (quando disponível), sendo imprescindível a indicação do CNPJ de cada fornecedor, nome do fabricante, código da ANVISA e, no caso de único fornecedor, apresentar carta de exclusividade.

15.4.3. Se não houver disponibilidade de indicação de 3 orçamentos, deverá ser encaminhada negativa do fornecedor (não possuir material ou não cotar para a Marinha) ou carta de exclusividade.

15.5. É vedada à OSE a substituição ou a troca da OPME autorizada, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico e descrita no registro cirúrgico.

15.5.1. Em caso de substituição ou troca de OPME motivada por intercorrência médica, ou uso de OPME extra ao autorizado em procedimento cirúrgico eletivo ou de urgência, a CREDENCIADA deverá comunicar a CREDENCIANTE conforme definido no subitem CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, QUANDO NÃO HOUVER A POSSIBILIDADE DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

15.6. Para o faturamento é obrigatório apensar às faturas finais, para análise da Auditoria, sob pena de glosa, os seguintes apensos:

15.6.1. Embalagem do OPME utilizado e/ou rótulo, lacres, invólucros, etiquetas ou selos de controle/registro (etiqueta de rastreabilidade) da ANVISA;

15.6.2. Identificação com número e registro no prontuário do paciente;

15.6.3. Relatório cirúrgico, de forma a confirmar sua utilização única e descartável;

15.6.4. Nota Fiscal de venda do referido material;

15.6.5. Em hipótese alguma a CREDENCIADA poderá cobrar dos beneficiários do Sistema FUSMA, qualquer taxa relacionado à utilização de OPME.

15.7. De forma complementar aplica-se o disposto da Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017, da ANS.

15.8. Fica facultado à CREDENCIANTE realizar auditoria “in loco” em procedimentos que utilizem OPME.

15.9. Conceitos:

15.9.1. Órteses - peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. Também definida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

15.9.2. Próteses - peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo. Compreende qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

15.9.3. Materiais Especiais - quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela Anvisa.

15.9.4. Materiais de Síntese - são dispositivos (placas, parafusos, hastes, fios, ganchos, fitas, dispositivos carregadores de enxerto) implantados no ato operatório, cuja função se extingue quando ocorre o objetivo do ato, a fusão ou a cicatrização de segmentos.

15.10. O SSM não fornece os seguintes OPME: meios auxiliares de locomoção; imobilizadores ortopédicos de uso temporário ou eventual; próteses e órteses para fins estéticos; óculos e artigos correlatos; dispositivo intrauterino, exceto aqueles com finalidade de tratamento de patologias ginecológicas, com indicações técnicas previstas pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); OPME importados, quando existir similar nacional que atenda a especificação do tratamento; Aparelhos auditivos, exceto aqueles implantáveis; aparelhos que usam pressão de ar para auxiliar a respiração durante o sono, tais como CPAP e BIPAP/VPAP; e dispositivos relacionados à oxigenioterapia, tais como concentradores e cilindro de oxigênio.

16. MATERIAL DESCARTÁVEL

16.1. Enquadram-se neste item os materiais de uso único que, no estágio atual de conhecimento, não devem ser reprocessados, de acordo com a Resolução Nº 2.605, de 11 de agosto de 2006, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

16.2. Os materiais descartáveis poderão ser remunerados conforme Preço de Fábrica do Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, não podendo ultrapassar os valores máximos definidos na tabela de Valores Máximos de Materiais Descartáveis abaixo.

16.2.1. Caso algum item não conste na tabela da BRASÍNDICE, será remunerado pelo preço referenciado pela revista SIMPRO.

16.2.2. Materiais não constantes nos referidos Catálogos serão pagos de acordo com os valores de nota fiscal, sendo necessária a apresentação de orçamento de três empresas.

16.2.3. Afasta-se as presentes regras de preço deste item, caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.

16.2.4. Caso o material esteja incluído na composição de taxas, diárias ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

16.2.5. Demais campos cirúrgicos, diferentes dos citados na tabela acima, estão inclusos nas taxas de salas.

16.3. Mantas térmicas serão remuneradas mediante justificativa médica para cirurgias de grande porte (porte 6 e 7) em idosos, neonatos, politraumatizados e grandes queimados.

16.4. Materiais que possam ser reutilizáveis, como por exemplo: máscaras laríngeas e agulhas de biópsia, estão incluídos em diárias e taxas hospitalares não sendo autorizado sua remuneração.

16.5. Perneiras de compressão pneumática para membros inferiores serão remuneradas uma por internação. Estudos de medicina baseada em evidências têm demonstrado a redução do risco de TVP por métodos mecânicos (meias de compressão elástica gradual (GCS), compressor pneumático intermitente (CPI) e bomba venosa de pé de profilaxia em determinados grupos de pacientes. Além disso, demonstram que a profilaxia mecânica não reduz o risco de morte ou TEP. Os guidelines recomendam o uso do CPI e outros métodos mecânicos como alternativa de prevenção de TVP em pacientes em que a anticoagulação está contra-indicada. Portanto, serão remuneradas somente nestes casos.

16.6. Os cateteres periféricos, equipos e conexões deverão ser trocados, obedecendo às recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a remuneração dos mesmos será de acordo com o que a Agência determina. Para trocas de CVP, seguir as considerações: Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamento s endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas. Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h. A frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril.

16.7. Não serão coberto materiais descartáveis constantes abaixo:

16.7.1. Absorvente Higiênico

16.7.2. Aconchego

16.7.3. Água oxigenada

16.7.4. Algodão

16.7.5. Aquecedor e manta térmica

16.7.6. Bacia plástica

16.7.7. Band-aid

16.7.8. Bandeja para raquianestesia

16.7.9. Blusas descartáveis

16.7.10. Bolsa de água quente

16.7.11. Bom ar

16.7.12. Bomba para ordenha

- 16.7.13.** Borracha de silicone
- 16.7.14.** Borracha para aspirador
- 16.7.15.** Cabo bipolar
- 16.7.16.** Cadeira de apoio para banho
- 16.7.17.** Calçados ortopédicos
- 16.7.18.** Camisa para microcâmera
- 16.7.19.** Campo cirúrgico (operatório) descartável (exceto IOBAN e BARRIER)
- 16.7.20.** Caneta para bisturi descartável
- 16.7.21.** Cânula de Guedel
- 16.7.22.** Capa para microscópio
- 16.7.23.** Chuca/chupeta
- 16.7.24.** Cidex
- 16.7.25.** Cinta lombar
- 16.7.26.** Clorohex
- 16.7.27.** Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério
- 16.7.28.** Colete lombar
- 16.7.29.** Combi-red (tampa para soro)
- 16.7.30.** Compressa cirúrgica
- 16.7.31.** Conexão para aspiração, bomba e pressão
- 16.7.32.** Conector
- 16.7.33.** Copo descartável
- 16.7.34.** Cotonete – pagar apenas para oftalmologia
- 16.7.35.** Cotonóide – pagar apenas para neurologia
- 16.7.36.** Creme dental
- 16.7.37.** Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado
- 16.7.38.** Despesa de frigobar
- 16.7.39.** Dispositivo anti-trombolítico
- 16.7.40.** Escova de degermação
- 16.7.41.** Escova de dente
- 16.7.42.** Espéculo descartável
- 16.7.43.** Esponja para banho
- 16.7.44.** Estabilizador de tornozelo
- 16.7.45.** Éter benzina e tintura de iodo
- 16.7.46.** Faixa elástica pós-operatória
- 16.7.47.** Filme endoscópio
- 16.7.48.** Filtro respirador
- 16.7.49.** Fiso-Hex, povidine
- 16.7.50.** Fitas de vídeo
- 16.7.51.** Fixador de tubo traqueal
- 16.7.52.** Fixador externo
- 16.7.53.** Formol
- 16.7.54.** Frascos para exame
- 16.7.55.** Gaze radiopaca

- 16.7.56. Gel para biométrica
- 16.7.57. Gerador de tecnício
- 16.7.58. Germipol
- 16.7.59. Gesso sintético
- 16.7.60. Gorro, máscaras, porpés, aventais, capotes e calças
- 16.7.61. Imobilizador
- 16.7.62. Lâmina para tricotomia
- 16.7.63. Látex extensor de O2
- 16.7.64. Lençol descartável
- 16.7.65. Luva para aparelho de laparoscopia
- 16.7.66. Manta
- 16.7.67. Manteiga de cacau
- 16.7.68. Máscara laríngea
- 16.7.69. Material de banho do RN
- 16.7.70. Meia elástica
- 16.7.71. Meia, cinta, atadura e calça elástica
- 16.7.72. Mercúrio de prata
- 16.7.73. Micro por espaçador
- 16.7.74. Muletas
- 16.7.75. Pasta gel
- 16.7.76. Pijama descartável
- 16.7.77. Plug adaptador macho
- 16.7.78. Sabonete
- 16.7.79. Sandália para gesso
- 16.7.80. Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo
- 16.7.81. Sensor infantil neonatal
- 16.7.82. Sensor para oxímetro
- 16.7.83. Tapoin
- 16.7.84. Termômetro
- 16.7.85. Tipóias
- 16.7.86. Toalha descartável
- 16.7.87. Redutor Trocáter
- 16.7.88. Esparadrapo
- 16.7.89. Micropore
- 16.7.90. Tampa cone Luer
- 16.7.91. Pulseira radial
- 16.7.92. **Demais materiais e equipamentos sem cobertura:** Abaixador de língua, absorvente para seio, absorvente com abas, algodão sintético, anel de Fleringa, anel de postectomia, agentes periuretrais (Ex: Macroplastique, Vantris, Deflux, Durasphere), agulha p/ sutura, agulha para radioablação, agulha de Veress, anuscópio descartável (Incluso no custo operacional do exame), aspirador saco pericárdio, aparelho de barbear, borrachas do aspirador, oclisor de acrílico, bandaid, blood stop, barreira antiaderência (Interceed), cabo de conexão para cateter, calcanheira (Ex. ORTOGEL MED), cinta com apoio metatarsiano, cinto p/ estoma, coletor de urina, coletor

universal estéril, CPAP nasal (paga-se taxa por dia), cureta, disco compressor, cotonete, fralda, conector para seringa injetora de contraste, caneta de bisturi (Eletrocirúrgica), caneta p/ marcação cirúrgica, eletrodo de retorno, espéculo, escova coletora, espátula, faixas estéticas, fixador IV Fix, capa para equipamentos, cateter bipolar Gold Probe, cateter Trombectomia (ex. Angiojet), esclerótomo, espátula, extrator de grampos descartável, fita indicadora de autoclave, fita indicadora biológica/química, fixador sonda de foley, grampeadores, forrações ortopédicas, gesso sintético scotchcast, atadura tipoia/tipoia americana, preservativo, transofix, tubo extensor p/ aspiração, tubo extensor p/ soluções, conector de O2 e aspiração, pulseira compressiva radial (cateterismo) quando não inclusa em pacotes, respiron (conjunto para respiração), respirador N95, seringa para hemogasometria (Incluso no custo operacional do exame), serra/lâmina para serra, sistema de lavagem (ortopedia), suspensório escrotal, seringa oralpack, dispositivo vamp, trefina para biópsia óssea e para autoenxerto, traqueia em silicone autoclavável, trépano p/ córnea, umidificador filtrante, umidificador hidroscópico, vaso para anatomia patológica (Incluso no custo operacional do exame).

17. MATERIAL HOSPITALAR REPROCESSADO

17.1. Alguns produtos podem ser utilizados mais de uma vez, serem reprocessados, em condições de segurança, prática que lhes confere maior vida útil e uso enquanto apresentarem eficácia e funcionalidade. Há normas que regulamentam essa utilização contínua. Produtos passíveis de processamento são aqueles que permitem repetidos processos de limpeza, desinfecção ou esterilização, podendo, portanto, serem reutilizados - desde que obedeçam à normatização vigente. Esse reprocessamento não deve ser repetido indefinidamente: há um momento em que a qualidade do produto - no que diz respeito à sua eficácia e funcionalidade - já não corresponde à necessária para seu uso.

17.2. A normatização também estabelece os critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde, o que depende basicamente de duas condições:

17.2.1. se o material consta da lista publicada pela RE/Anvisa 2605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

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

17.3. Quando as duas condições acima referidas não são evidenciadas, o produto será considerado passível de processamento, podendo ser remunerado em até 1/3 de seu valor, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados. Neste caso, não há proibição quanto ao seu reprocessamento, desde que os serviços que se propõem a realizar essa atividade sigam o que preconiza a RE/Anvisa 2606/2006, sobre a elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos, e a RDC/Anvisa nº 15/2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde. Os dizeres “Uso Único”, “O fabricante recomenda o uso único” ou símbolos internacionais e dizeres em outras línguas não significam o enquadramento automático do produto como não passível de processamento. A normatização brasileira deve ser aplicada de acordo com o tipo de produto, fabricante, modelo, material e vários outros critérios.

18. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

18.1. Este item contempla os serviços e exames relacionados às diversas especialidades odontológicas, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

18.2. Conforme apurado por meio do cálculo decorrente da pesquisa mercadológica realizada, constatou-se que a utilização da Tabela Oficial CBHPO 2020 com deflator de 10% mostra-se adequada e compatível com os valores praticados no mercado, razão pela qual os serviços serão remunerados com base na referida tabela.

18.2.1. Quando o serviço odontológico constar em tabela CBHPM, o mesmo será calculado conforme as regras de item PROCEDIMENTOS EM GERAL, deste Anexo.

18.3. As consultas de urgência ou emergência odontológica, somente serão remunerados aos procedimentos que há pertinência na aplicação, tais como:

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

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

18.3.3. Nos casos de traumatismo dentários: o reimplante dentário com contenção e imobilização dentária de decíduos ou permanentes. A imobilização indicada em casos de doença 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;

18.3.4. 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 de cárie crônica, perdas extensas de tecidos, eventos decorrentes de trauma (fratura radicular vertical), cáries extensas e trocas de curativos endodônticos não se enquadram como urgência, sendo classificados como procedimentos eletivos, quando inseridos em tratamento em andamento.

18.3.5. Nos casos de exodontia serão consideradas, ambos os casos acompanhados de dor verificada a inviabilidade de manutenção do elemento dentário na arcada; e

18.3.6. Recimentação de trabalhos protéticos será de responsabilidade da CREDENCIADA sem ônus para a CREDENCIANTE. O mesmo somente será aceito como procedimento de urgência quando não realizado pelo próprio cirurgião-dentista que estiver assistindo o tratamento protético.

18.3.7. A cobrança da consulta de urgência/emergência será precificada conforme descrito no item Regras Gerais de Precificação e aplicar-se-á apenas para contratos que preveem o atendimento de urgência/emergência.

19. OUTROS PROFISSIONAIS

19.1. Este item contempla os serviços relacionados às especialidades de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

19.1.1. Os pacientes serão encaminhados com solicitação médica da clínica de acompanhamento emitida por médico da Marinha do Brasil, acompanhada de Guia de Autorização de Usuário – GAU.

19.1.2. As sessões de todas estas especialidades serão remuneradas mediante comprovação de realização de procedimento com assinatura do paciente.

19.1.2.1. Quando realizadas em pacientes internados, serão registradas em prontuários médicos.

19.1.2.2. Quando realizadas em ambiente ambulatorial, o paciente ou seu responsável deverá registrar assinatura na Guia de Atendimento de Usuário – GAU em cada sessão ou atendimento.

19.1.3. O CREDENCIADO deverá enviar mensalmente um relatório técnico contendo informações referentes aos atendimentos dos pacientes encaminhados, bem como status dos tratamentos, objetivos, metas e estado evolutivo nas terapias. Deverá, ainda, comunicar à Divisão de Saúde da CPPR as ausências ou abandono do tratamento pelo paciente, bem como sua alta.

19.1.4. O CREDENCIADO deverá informar à Divisão de Saúde da CPPR, no início de cada mês, sobre a inexistência de vagas para atendimento.

19.1.5. O CREDENCIANTE poderá realizar inspeções no CREDENCIADO, a fim de manter a qualidade técnica e a execução das normas vigentes em cada conselho.

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

19.2. Fonoaudiologia

19.2.1. Serão remunerados conforme a tabela própria abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

Fonoaudiologia	Valor (R\$)
Consulta Inicial Fonoaudiologia Ambulatorial	R\$ 113,31
Sessão de Fonoaudiologia Ambulatorial – Individual	R\$ 87,88
Avaliação Inicial Fonoaudiologia em paciente internado – Hospitalar	R\$ 93,14
Sessão Fonoaudiologia em paciente internado – Hospitalar	R\$ 93,19
Sessão Fonoterapia Infantil – Pacientes com necessidades especiais	R\$ 132,00

19.2.2. Os procedimentos e exames praticados por fonoaudiólogos serão remuneradas de acordo com a tabela SINFOPAR 2019 com deflator de 50%.

19.3. Psicologia

19.3.1. Serão remunerados conforme a tabela própria abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

Psicologia	Valor (R\$)
Consulta/Avaliação Inicial Psicologia	R\$ 139,62
Sessão de Psicoterapia Individual	R\$ 117,43
Sessão de Psicoterapia Familiar ou em Casal (por pessoa)	R\$ 65,00
Sessão de Psicoterapia em grupo	R\$ 65,00
Psicoterapia infantil – paciente com necessidades especiais	R\$ 138,33

Avaliação Neuropsicológica (por sessão)	R\$ 189,24
Orientação Psicopedagógica	R\$ 65,00

19.3.2. As sessões ambulatoriais devem ter a duração mínima de 50 (cinquenta) minutos.

19.3.3. O CREDENCIADO deverá enviar a cada 6 (seis) meses, por meio físico, documento vigente, de acordo com a Resolução do CFP nº 007/2013, da Associação Brasileira de Psicopedagogia e da Associação Brasileira de Psicomotricidade, o qual deve seguir princípios técnicos da linguagem escrita, éticos e técnicos, além de incluir evolução do tratamento e prognóstico.

19.4. Nutrição

19.4.1. Serão remunerados conforme a tabela própria abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

Nutrição	Valor (R\$)
Consulta Nutrição Ambulatorial	R\$ 81,37

19.5. Fisioterapia/Terapia Ocupacional

19.5.1. Serão remunerados conforme a tabela própria abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica, excetuando-se os inclusos em pacotes ou não autorizados.

Fisioterapia	Valor (R\$)
Consulta Inicial Ambulatorial e Hospitalar	94,50
Acupuntura (Realizada por médico ou profissional habilitado conforme legislação vigente) 31601014 - Acupuntura por sessão	118,00
Hidrocinestoterapia 50000845 - Fisioterapia aquática em grupo (Hidroterapia)	55,50
Fisioterapia Motora Patologia osteomioarticular	85,00
Fisioterapia Respiratória 20103220 - Doenças pulmonares atendidas em ambulatório	80,25
Fisioterapia Uroginecológica 20103646 - Reabilitação perineal com biofeedback	131,20
Reabilitação Cardíaca 20103387 - Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório, de 8 a 24 semanas.	111,00
Plantão de Fisioterapia	74,65
Diária de Fisioterapia hospitalar (Internação Não UTI)	55,92
Terapia Ocupacional	Valor (R\$)
Consulta Avaliação Inicial	R\$ 62,50
Sessão de Terapia Ocupacional – individual	R\$ 72,33

19.5.2. As sessões de fisioterapia motora ou respiratória para pacientes internados obedecerão aos seguintes critérios: Plantão do fisioterapeuta em Unidades de Terapia Intensiva, Semi-intensiva ou de Pronto-atendimento de Urgências e Emergências, por paciente a cada 12h, em Unidade

fechada e até 01 (uma) sessão de fisioterapia respiratórias ou motora por dia, em apartamento/enfermaria, adulto e pediátrico, que serão remuneradas de acordo com a tabela acima. Sessões excedentes deverão ser justificadas e autorizadas por auditor médico concorrente. As solicitações excedentes deverão ser encaminhadas, com justificativa médica, para apreciação do auditor concorrente.

20. PACOTES

20.1. Pelo termo PACOTE entende-se a prefixação do valor de determinado procedimento hospitalar e/ou ambulatorial que será composto do custo de materiais, medicações, diárias, taxas, gases, custo operacional e honorários profissionais, permitindo variações em sua composição.

20.1.1. A adoção dos valores dos PACOTES é obrigatória por parte da CREDENCIADA.

20.1.2. Para realização de procedimentos/exames simultâneos na modalidade de pacote será aplicada a regra 100% do código de maior valor e 70% para os demais códigos.

20.1.3. Exceto quando descritas nos itens as exceções, os PACOTES contemplam os valores de honorários profissionais, materiais, medicamentos, OPME, taxas, diárias e demais custos.

20.1.4. Em caso de necessidade excepcionais de inclusão de custos, há necessidade de justificativa médica quantificando códigos adicionais ou outros valores em conta aberta devidamente justificados.

20.2. MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLOGIA

20.2.1. Os pacotes de MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLOGIA serão remunerados conforme a tabela abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica e economia de materiais e custos nos exames/procedimentos calculado como conta aberta:

MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLOGIA	Valor (R\$)
Cintilografia do miocárdio -repouso e estresse farmacológico	R\$ 1.511,00
PET/CT (Pet Scan) códigos 40708128 + 41001222	R\$ 3.107,00
PET-FDG, PET-DOTA; ou PET-PSMA	R\$ 4.587,00

20.2.1. Remunera-se para PET/CT (Pet Scan) códigos 40708128 + 41001222 que inclui tomografia com contraste, honorário médico, custo operacional, taxas, insumo radiológico, material descartável e medicamentos.

20.2.2. Remunera-se para PET-FDG, PET-DOTA; ou PET-PSMA que utilizam os componentes farmacológicos indicados, o custo total do exame, como honorários médicos, custo operacional, taxas, insumos radiológicos, material descartável e medicamentos.

20.3. OFTALMOLOGIA

20.3.1. Os pacotes de OFTALMOLOGIA serão remunerados conforme a tabela abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica e economia de materiais e custos nos exames/procedimentos calculado como conta aberta:

OFTALMOLOGIA	Valor (R\$)
--------------	-------------

Facectomia com implante de lente intra-ocular (Lente Nacional e Importada valor referencial R\$ 400,00), com ou sem facoemulsificação.	R\$ 4.718,00
--	--------------

20.3.2. Os seguintes procedimentos de oftalmologia serão remunerados na forma de pacote, compreendendo todos os gastos necessários para a sua realização, incluindo honorários médicos e de anestesista, taxas, diárias, custos operacionais, materiais, LIO (lente intraocular), medicamentos e demais custos.

20.3.3. Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, o segundo procedimento será remunerado com 70% do valor do pacote.

20.3.4. As lentes intraoculares (LIO) mencionadas na tabela acima, a serem implantadas nos usuários do FUSMA, deverão ter a seguinte especificação mínima: monofocais, dobráveis, esféricas, acrílicas e nacionais ou importadas, com registro da ANVISA. As etiquetas das embalagens das LIO deverão ser encaminhadas junto com a cópia do relato cirúrgico, ficha anestésica e fatura, para auditoria. A ausência do envio do lacre da LIO implicará em glosa integral deste OPME.

20.4. NEFROLOGIA

20.4.1. Os pacotes de NEFROLOGIA serão remunerados conforme a tabela abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica e economia de materiais e custos nos exames/procedimentos calculado como conta aberta:

NEFROLOGIA	Valor (R\$)
Hemodiálise crônica (por sessão)	R\$ 465,48
Hemodiálise aguda (por sessão)	R\$ 1.180,67

20.4.2. Os pacotes de Hemodiálise incluem: honorários médicos, taxas, medicamentos e materiais.

20.4.3. Itens excluídos: medicamentos de prescrição extra-diálise ou de alto custo, como eritropoetina, quelantes, carbonato de cálcio, ferro, antibióticos, entre outros; troca de cateter de HD em casos de obstrução e dialisador para pacientes com HIV/Hepatite B e C.

20.5. GASTROENTEROLOGIA

20.5.1. Os pacotes de GASTROENTEROLOGIA serão remunerados conforme a tabela abaixo, calculada por meio de pesquisa mercadológica e economia de materiais e custos nos exames/procedimentos calculado como conta aberta:

GASTROENTEROLOGIA	Valor (R\$)
Endoscopia Digestiva Alta	R\$ 469,50
Colonoscopia	R\$ 857,25

20.5.2. Estão inclusos todos os gastos necessários para a realização dos procedimentos, honorários médicos (exceto anestesta), taxas, diárias, materiais, medicamentos e demais custos, como materiais especiais (pinça de biópsia e alça de polipectomia).

20.5.3. Nos procedimentos em que se fizer necessário, o uso do clip para hemostasia, será remunerado no valor máximo de R\$ 500,00/unidade.

20.5.4. Em caso de realização de Polipectomia e Mucosectomia realizados concomitante, remunera-se 100% do pacote de maior valor e 50% do outro.

20.5.5. Procedimentos realizados concomitantemente serão remunerados em 100% o de maior valor e 70% o de menor valor, se vias de acesso distintas. Mesma via de acesso, serão remunerados em 100% o de maior valor e 50% o de menor valor.

20.6. ORTOPEDIA

20.7. Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos está incluso a primeira imobilização. Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.

20.7.1. Prótese total de joelho - Honorários Admissíveis:

- 3.07.26.04-2 Artrotomia – tratamento cirúrgico
- 3.07.26.03-4 Artroplastia total de joelho com implantes – tratamento cirúrgico.
- **Observação:** O procedimento de artroplastia total do joelho está indicado em pacientes com faixa etária entre 60 e 85 anos de idade, com artrose avançada, que apresentem condições clínicas satisfatórias para suportar o procedimento cirúrgico.

20.7.1.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto), com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com componente (insert) tibial de polietileno de alto peso molecular;
- 01 (um) componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) componente (insert) tibial de polietileno de alto peso molecular para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- 01 (um) componente de polietileno de alto peso molecular para substituição da superfície articular patelar; e
- 02 (duas) unidades de cimento ósseo sem antibiótico (ATB).

20.7.1.2. O emprego de cimento ósseo com antibiótico poderá ser utilizado nos casos de indicações específicas como comorbidades que comprometam o sistema autoimune e que aumentem a possibilidade de infecções.

20.7.2. Revisão de Prótese Total de Joelho - Honorários Admissíveis:

- 3.07.26.04-2 Artrotomia – tratamento cirúrgico;
- 3.07.26.22-0 Osteotomias ao nível do joelho – tratamento cirúrgico;
- 3.07.26.25-5 Revisões de artroplastia total – tratamento cirúrgico.

20.7.2.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto) com haste longa, com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento

cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com o inserto tibial de polietileno de alto peso molecular;

- 01 (um) componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) componente (insert) tibial de polietileno de alto peso molecular com haste longa para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- 01 (um) componente de polietileno de alto peso molecular para substituição da superfície articular patelar, sendo este componente não obrigatoriamente utilizado dependendo da indicação e avaliação intra-operatória pela equipe médica;
- 03 (três) unidades de cimento ósseo com ATB;
- Cunhas metálicas (até máximo 8 unidades), para defeitos ósseos;
- 01 (um) cone trabeculado de tântalo em caso de perda óssea.

20.7.3. Osteotomia de Joelho (subtração ou adição) - Honorários Admissíveis:

- 3.07.26.22-0 Osteotomias ao nível do joelho – tratamento cirúrgico;
- 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo

20.7.3.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- Componente tibial: 01 (uma) placa bloqueada (cromo-cobalto) para osteotomia proximal da tibia ou placa calço bloqueada (4 a 6 parafusos); e
- Componente femoral: 01 (uma) placa de estabilização (cromo-cobalto) de fêmur distal bloqueada ou 01 (uma) placa calço (até 8 parafusos).

20.7.4. Lesões do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) - Honorários Admissíveis:

- 3.07.33.07-3 Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior;
- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal;
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. Apenas nos casos de rotura meniscal comprovada.

20.7.4.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

20.7.4.1.1. Para componente femoral:

- 01 (um) Endobotton - composto de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturado em titânio - com opção para tendões flexores e patelar;
- 01 (um) Endobotton - composta de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturada em titânio - com looping ajustável; e
- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) ou bioabsorvível.

20.7.4.2. Para o componente tibial:

- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) associado ou não a graft ou a poste;
- 01 (um) Parafuso de interferência absorvível;
- 01 (um) Endobotton - compostas de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturadas em titânio;
- 01 (um) Lâmina de shaver para partes moles;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Lâmina de shaver para parte óssea;
- Fios de alta resistência não absorvíveis (até 3 unidades); e
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*).
- **Observação:** a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

20.7.5. Lesões do Ligamento Cruzado Posterior (LCP) - Honorários Admissíveis:

- 3.07.33.07-3 Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior;
- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal;
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. Apenas nos casos de rotura meniscal comprovada.

20.7.5.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

20.7.5.1.1. Para componente femoral:

- 01 (um) Endobotton - composto de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturado em titânio - com opção para tendões flexores e patelar;
- 01 (um) Endobotton- composta de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturada em titânio - com looping ajustável;
- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) ou bioabsorvível;

20.7.5.1.2. Para o componente tibial:

- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) associado ou não a graft ou a poste;-01 (um) Parafuso de interferência absorvível;
- 01 (um) Endobotton - compostas de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturadas em titânio;
- 01 (um) Lâmina de shaver para partes moles;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Lâmina de shaver para parte óssea;
- Fios de alta resistência não absorvíveis (até 3 unidades);
- 01 (um) Cânula para artroscopia;
- 01 (um) Malha guia (rabo de tatu); e
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*).
- **Observação:** a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

20.7.6. Artroscopia - Honorários Admissíveis:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal;
- 3.07.33.03-0 Condroplastia (com remoção de corpos livres). Apenas nos casos de lesão condral comprovada;
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. Apenas nos casos de rotura meniscal comprovada;
- 3.07.33.09-0 Tratamento cirúrgico da artrofibrose. Apenas nos casos de rigidez articular refratária ao tratamento conservador com correlação de imagem.

20.7.6.1.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) Lâmina de shaver;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência; e
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*).

Observações: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

20.7.6.1.2. Artroscopia é um procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência:

- Infecção (artrite séptica) em alguns casos;
- Bloqueio articular por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);

- Bloqueio articular por lesões meniscais tipo alça (alça de balde) irreduzíveis pelo método conservador;
- Auxílio ao tratamento de fraturas do planalto tibial tipo 3 de Schatzker.

20.7.7. Sutura Meniscal - Honorários Admissíveis:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal;
- 3.07.33.06-5 Reparo ou sutura de um menisco.

20.7.7.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) Kit de sutura all-inside ou inside-out ou outside-in.

20.7.8. Lesão Condral - Honorários Admissíveis:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia;
- 3.07.33.04-9 Osteocondroplastia – estabilização, ressecção e/ou plastia;
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. Apenas nos casos de rotura meniscal comprovada.

20.7.8.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) Lâmina de shaver;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Kit de mosaicoplastia para os casos indicados;
- 01 (um) Kit de microfratura para os casos indicados; e
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*).
- **Observação:** a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

20.7.8.2. Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência:

- Lesão condral por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
- Bloqueio articular por lesões condrais irreduzíveis pelo método conservador.

20.7.9. Prótese Unicompartimental De Joelho - Honorários Admissíveis:

- 3.07.26.04-2 Artrotomia – tratamento cirúrgico;
- 3.07.26.03-4 Artroplastia total de joelho com implantes – tratamento cirúrgico;

20.7.9.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) Componente femoral unicompartimental metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) Componente tibial unicompartimental metálico (cromo-cobalto), insert de polietileno de alto peso molecular; e
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*).
- **Observação:** a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

20.7.10. Luxação Patelar - Honorários Admissíveis:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal;
- 3.07.33.10-3 Instabilidade femoro-patelar, release lateral da patela, retencionamento, reforço ou reconstrução do ligamento patelo-femoral medial.

20.7.10.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) Parafuso bioabsorvível;
- 02 (duas) âncoras de titânio 5.0 (agulhadas);
- 01 (um) Lâmina de shaver de partes moles;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência; e

- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*).
- **Observação:** a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

20.7.10.2. Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência:

- Lesão patelar por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
- Bloqueio articular por lesão patelar irreduzível pelo método conservador.

20.7.11. Luxação Patelar Recidivante - Honorários Admissíveis:

- 3.07.26.22-0 Osteotomia ao nível do joelho – tratamento cirúrgico;
- 3.07.26.10-7 Fratura e/ou luxação de patela – tratamento cirúrgico.

20.7.11.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 02 (dois) Parafusos corticais com arruela.

20.7.12. Fratura Ósteo-Condral ou Condral - Honorários Admissíveis:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal;
- 3.07.33.04-9 Osteocondroplastia – estabilização, ressecção e/ou plastia.

20.7.12.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 01 (um) Lâmina de shaver;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 02 (dois) Parafusos de Herbert (quando houver exposição óssea subcondral);
- 01 (um) Kit de fixação com dardos condrais - até 4 unidades quando houver lesão condral;
- 01 (um) Cola biológica de 01 (um) mL; e
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*).
- **Observação:** a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

20.7.12.2. Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência:

- Lesão ósteo-condral por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
- Bloqueio articular por lesões ósteo-condrais irreduzíveis pelo método conservador.

20.7.13. Revisão de Artroplastia Infectada - Primeiro Tempo Cirúrgico - Honorários Admissíveis:

- 3.07.26.04-2 Artrotomia – tratamento cirúrgico;
- 3.07.26.01-8 Artrite Séptica – tratamento cirúrgico.

20.7.13.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- 02 (dois) Cimentos ósseos com antibiótico.

20.7.13.2. Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência:

- Sepses;
- Bloqueio articular por material piogênico.

20.7.14. Viscosuplementação (Infiltração de Ácido Hialurônico Intrarticular) - Honorários Admissíveis:

- 3.07.13.13-7 Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração);

20.7.14.1.1. Especificação e quantidade dos materiais especiais necessários a realização do procedimento:

- Ácido hialurônico ou derivados análogos injetáveis de alto peso molecular – máximo de 06 (seis) mL para doses únicas.

20.7.14.2. A Credenciante adota a opção de aplicação única por joelho, devendo respeitar o intervalo mínimo de 12 (doze) meses para a repetição do procedimento.

21. NOTAS COMPLEMENTARES

- 21.1.** As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 21.2.** Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência, terão que ter autorização prévia da CPPR.
- 21.3.** Será paga o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
- 21.4.** Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
- 21.5.** As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
- 21.6.** Taxa de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.
- 21.7.** Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48hs para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
- 21.8.** Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
- 21.9.** Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
- 21.10.** A taxa de aerosolterapia está incluída no uso de gases.
- 21.11.** No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
- 21.12.** As luvas de procedimento já estão inclusas nas diárias das acomodações.
- 21.13.** As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando junto ao equipo com injetor lateral.
- 21.14.** Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
- 21.15.** A visita do nutrólogo deverá ser pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta enteral e parenteral.
- 21.16.** Em internações em OSE, as fraldas descartáveis estão inclusas até 06 (seis) unidades por dia, salvo em casos de paciente com quadro diarreico.
- 21.17.** Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.
- 21.18.** Quando realizado simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrado somente 100% da taxa de sala do de maior porte.
- 21.19.** A taxa de instrumental já está inclusa na taxa de sala.
- 21.20.** A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário.
- 21.21.** Curativo de recém-nato (coto umbilical) não será coberto.
- 21.22.** Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.
- 21.23.** Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.

22. REVISÃO DA LISTA REFERENCIAL

22.1. Os valores da Tabela Referencial de Preços, anexa ao edital de Credenciamento da Capitania dos Portos do Paraná (CPPR), poderão ser revistos para reestabelecer o equilíbrio econômico financeiro inicial do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando área econômica extraordinária e extracontratual, em prazo mínimo de 12 meses a contar da data de assinatura do contrato.

22.2. A Tabela Referencial de Preços, quando os seus valores não estiverem compatíveis com os preços praticados no mercado local, poderão ser substituídas, mediante autorização da Diretoria de Saúde, por outra edição da tabela a qual contenha valores que melhor reflitam os preços do mercado, considerando o teto no IPCA dos últimos 12 meses ou, ainda, em conformidade com outros dispositivos legais que venham a ser editados pelo Poder Público, em caso de grave prejuízo para uma das partes.

22.3. Aprovada a Lista Referencial pela Diretoria de Saúde, incumbirá à CPPR, assim que receber a notificação da aprovação e a nova Lista Referencial, publicar no Diário Oficial da União o Aviso de Alteração de Anexo do Edital de Credenciamento com número e data.

Paranaguá-PR, na data da assinatura.

CARLOS EDUARDO MATEUS
Capitão Tenente (Md)
Encarregado da Divisão de Saúde